

REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL

La pulsión de muerte en el caso de una adolescente tardía con estructura de la personalidad

Autor: María Cristina González Camargo

**Tesis presentada para obtener el título de:
Maestría en Psicoterapia Psicoanalítica de la Infancia y la Adolsecencia**

**Nombre del asesor:
Claudia Aguirre Pérez**

Este documento está disponible para su consulta en el Repositorio Académico Digital Institucional de la Universidad Vasco de Quiroga, cuyo objetivo es integrar organizar, almacenar, preservar y difundir en formato digital la producción intelectual resultante de la actividad académica, científica e investigadora de los diferentes campus de la universidad, para beneficio de la comunidad universitaria.

Esta iniciativa está a cargo del Centro de Información y Documentación "Dr. Silvio Zavala" que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados.

Esta Tesis se publica bajo licencia Creative Commons de tipo "Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada", se permite su consulta siempre y cuando se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras derivadas.



UNIVERSIDAD “VASCO DE QUIROGA”

“La pulsión de muerte en el caso de una adolescente tardía con estructura límite de la personalidad”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA
PSICOANALÍTICA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

PRESENTA:

María Cristina González Camargo.

Asesora: Mtra. Claudia Aguirre Pérez.

RVOE MAES-971001

CLAVE 16PSU0023Y

Morelia, Michoacán; mayo 13 del 2011.

CONTENIDO

Resumen.....	1
Introducción.....	2
Justificación.....	5
Antecedentes.....	7

Planteamiento de la investigación

1. Problema de Investigación.....	9
2. Objetivos.....	9
2.1 Objetivo General.....	9
2.2 Objetivos Particulares.....	9
3. Ejes Temáticos.....	10

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

APROXIMACIONES PSICOANALÍTICAS AL ESTUDIO DE LAS RELACIONES OBJETALES.

1. MARGARET MALHER.....	15
1.1 Primera fase: Autismo normal.....	17
1.2 Segunda fase: Simbiosis Normal.....	18
1.3 Tercera fase: Separación-individuación.....	19

1.3.1	La primera subfase: la diferenciación y el desarrollo de la imagen corporal.....	19
1.3.2	La segunda subfase: ejercitación.....	21
1.3.3	La tercera subfase: acercamiento.....	23
1.3.4	La cuarta subfase: la consolidación de la individualización y los comienzos de la constancia objetal.....	27
2	MELANIE KLEIN.....	30
2.1	La Posición Esquizo-paranoide.....	31
2.2	La Posición Depresiva.....	36
3	OTTO F. KERNBERG.....	38
3.1	El desarrollo del yo.....	38
3.2	Etapas del desarrollo de las relaciones objetales.....	40
3.3	Mecanismos de Internalización de las Relaciones Objetales.....	45
4	EL PROCESO DE LA ADOLESCENCIA.	
4.1	La adolescencia normal.....	47
4.2	Adolescencia Tardía.....	52
4.3	Postadolescencia.....	54
5	PULSIÓN DE MUERTE.....	57

6	TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	60
6.1	Trastorno límite de la personalidad. (Psiquiátrico).....	61
6.2	El Síndrome de la Organización Fronteriza. (Psicoanalítico).....	63
6.2.1	Análisis descriptivo.....	63
6.2.2	Análisis estructural.....	65
6.2.3	Análisis genético-dinámico.....	71
7	LA TRANSFERENCIA EN LOS PACIENTES CON ORGANIZACIÓN LÍMITE DE LA PERSONALIDAD	72
8	LA CONTRATRANSFERENCIA Y SU APLICACIÓN CLÍNICA EN LAS PERSONALIDADES FRONTERIZAS	75
9	EL ENFOQUE ESTRUCTURAL DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA ORGANIZACIÓN LÍMITE DE LA PERSONALIDAD	79
9.1	La entrevista estructural.....	81
9.1.1	Fase inicial.....	82
9.1.2	Fase media.....	83
9.1.3	Fase de terminación.....	84
10	CONCEPTOS TEÓRICOS AL RESPECTO DE LA TÉCNICA PSICOANALÍTICA	
10.1	Melanie Klein.....	84
10.2	Otto F. Kernberg.....	86

CAPÍTULO II. METODOLOGÍA

2.1	Tipo de Investigación.....	90
2.2	Participantes.....	91
2.3	Escenario.....	91
2.4	Técnica de Recolección de datos.....	91
2.5.	Técnica Psicoterapéutica utilizada.....	92

CAPITULO III. APLICACIÓN DE MATERIAL CLÍNICO

3.1	Presentación del Caso.....	94
3.2	Historia Clínica.....	94
3.3	Diagnóstico Psiquiátrico.....	106
3.4	Diagnóstico Psicoanalítico.....	108
3.5	Trabajo Psicoterapéutico.....	114

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

4.1	Análisis de Resultados.....	158
4.2	Discusión.....	170

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES SUGERENCIAS Y LIMITACIONES.

5.1	Conclusiones.....	180
5.2	Limitaciones.....	181
5.3	Sugerencias.....	182
	Referencias.....	183

Dedicatoria:

Con todo mi corazón, reconocimiento y agradecimiento a la memoria de mi madre,
quien fue un gran ser humano en toda la extensión de la palabra y siempre estará
conmigo

(q.d.p.)

AGRADECIMIENTOS:

A mi esposo por el apoyo brindado, por su comprensión y paciencia.

Agradezco a mis hijos, Christian Iván y Joanna Ethel por ser un impulso en mi vida

Agradezco a mi hermano Guillermo y amigo por esas amenas charlas que fortalecen el alma y por aún la distancia, estar cerca.

A Claudia Aguirre por sus enseñanzas, su constancia, por su tiempo, por su compromiso y total cuidado en las asesorías para la elaboración de esta investigación así como la amistad que surgió en el trayecto de esta aventura académica.

Agradezco esas sesiones de trabajo, donde a través del diálogo el Dr. Antonio Santamaria, nos ha mostrado su calidad humana.

A Manuel Guzmán por su sencillez, su calidad humana, su disposición y generosidad al compartir su experiencia académica.

Expreso mi reconocimiento a todos y cada uno de los asesores que contribuyeron en mi formación académica.

De igual forma agradezco la gentileza, la disposición y confianza que Oscar Oliver depositó en mi persona.

Agradezco lo que aprendí de todos mis compañeros de maestría.

Por permitir que pudiera observar tan nítidamente todos esos mecanismos utilizados durante su proceso, y darme la confianza al mostrar lo más íntimo de su persona, agradezco a Lulú.

Le agradezco a la vida misma el darme las oportunidades que me ha brindado.

RESUMEN

Este trabajo de investigación es un estudio de caso, el cual tiene como objetivo dar cuenta del impacto que ejerce la Pulsión de Muerte en el establecimiento de las relaciones objetales en una adolescente tardía con estructura de personalidad limítrofe, de los beneficios que aporta el tratamiento psicoterapéutico y del predominio de transferencia y contratransferencia que se presenta en dicho caso.

La paciente fue diagnosticada con estructura de personalidad limítrofe, a través de la entrevista estructural propuesta por Kernberg, cubriendo los criterios que éste propone para el diagnóstico de dicha estructura, asimismo cumple con los criterios que establece el DSM – IV, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. El tratamiento psicoterapéutico se realiza en un consultorio privado durante 2 años y 10 meses, con una frecuencia de una sesión semanal. El tratamiento que se llevó a cabo con la paciente es de corte psicoanalítico, específicamente, psicoterapia de expresión propuesta por Kernberg. Dándose una modificación en cuanto al número de sesiones semanales.

En la relación paciente – analista, se estableció una buena alianza terapéutica. El rol de la psicoterapeuta operó como un Yo auxiliar, ejerciendo así mismo funciones de maternaje encaminadas a facilitar las relaciones interpersonales y el desarrollo de la integración yoica.

Palabras clave. Adolescente Tardía, pulsión de muerte, relaciones objetales, transferencia, contratransferencia, psicoterapia de expresión y personalidad limítrofe.

INTRODUCCIÓN.

La percepción que se tiene de los adolescentes en el medio familiar, escolar y social en general es deplorable. Se les juzga en función de su conducta. Se vive como una pérdida de valiosas cualidades, de la estabilidad del carácter y de la adaptación social.

El equilibrio alcanzado durante el periodo de latencia es limitado y precario. Con la llegada de la pubertad se experimenta un incremento cuantitativo en la actividad instintiva. Ello obliga a abandonar el precario equilibrio y dar paso a la integración de la sexualidad adulta de la personalidad.

La adolescencia normal llega a desestructurar la organización y el funcionamiento familiar y social. Se cuestiona el orden social y las creencias establecidas. Aparece la duda de si son lo más adecuado. Las relaciones interpersonales se tensan y con cierta frecuencia llegan a ser conflictivas.

La búsqueda de la comprensión, desde la perspectiva psicoanalítica, de los cambios normales que surgen en esta etapa de la vida y la patología que se presenta es parte del interés que se muestra hacia el presente trabajo.

Los trastornos de la personalidad plantean una confrontación constante con el medio ambiente. Su carácter inestable e impulsivo dificultan y conflictúan las relaciones interpersonales. Las personas con este tipo de trastorno por lo general son rechazadas por la sociedad.

En este trabajo se aborda, en forma específica la prevalencia de la Pulsión de Muerte en el caso de una adolescente tardía con estructura de personalidad Límitrofe y su repercusión en el establecimiento de las Relaciones Objetales; y el impacto que ello conlleva en la transferencia y contratransferencia, así como la efectividad del procedimiento psicoterapéutico utilizado, en este caso la Psicoterapia de Expresión de Kernberg.

Las personas con esta patología se caracterizan por la pobreza en la integración del sí mismo y de cómo lo perciben los otros, por consiguiente presentan una grave patología de las relaciones objetales internalizadas; falta de cohesión del yo que se refleja en labilidad

afectiva y yoica. Carencia de tolerancia a la frustración, falla en el control de impulsos, y ansiedad difusa.

El tratamiento psicoterapéutico realizado para este trabajo se llevó a cabo en consulta privada, toda vez que la paciente egresó de una hospitalización por un lavado de intestinos consecuencia de la ingesta de algunos medicamentos; conducta manifiesta y clara de la presencia de la Pulsión de Muerte dirigida a sí misma, situación que prevalece en los pacientes fronterizos. Los resultados que arroja este tratamiento son el producto de 2 años 10 meses de trabajo psicoterapéutico.

Se trabajó con un enfoque psicoanalítico, específicamente psicoterapia de expresión propuesta por Kernberg, modificándose la cantidad de horas semanales, dadas las limitaciones económicas que se viven en nuestro país y específicamente las condiciones de la paciente, por lo que no fue posible cumplir las tres horas semanales que la técnica sugiere. El trabajo psicoterapéutico contempló una sesión de 50 minutos a la semana.

Inicialmente se trabajó la entrevista estructural, en la cual se combina la valoración del estado mental con una entrevista orientada psicoanalíticamente enfocándose en el aquí y ahora, dándose desde un inicio la clarificación, confrontación e interpretación.

En la clarificación se exploró el material informativo proporcionado, en particular la información que resultó vaga, contradictoria, desconcertante e incompleta.

En la confrontación, se expuso al paciente la información que parecía incongruente o contradictoria, se hizo hincapié respecto de algo en la interacción de lo cual el paciente no se ha dado cuenta y que a juicio de la terapeuta resultó inapropiado, confuso o contradictorio. Se propuso el significado de esta conducta y se exploró la capacidad de la paciente de observar las cosas desde una perspectiva distinta.

La interpretación sumó al material una dimensión hipotética de causalidad y profundidad, estableció lazos entre el material consciente y el preconscious y las motivaciones inconscientes del aquí y el ahora.

A través de la entrevista estructural y realizando un diagnóstico descriptivo, estructural y genético-dinámico del caso, se diagnóstico con estructura límite de la personalidad, cumpliendo con los criterios establecidos en el DSM – IV y los propuestos por Kernberg (1987) para este diagnóstico.

A través del trabajo psicoterapéutico, se propició el crecimiento y la individuación, la reestructuración y discriminación de la parte yoica detenida. Finalmente la paciente logró establecer vínculos afectivos satisfactorios con su familia y relaciones interpersonales más saludables; disminuyendo considerablemente la agresividad mostrada al inicio del tratamiento; adquirió la responsabilidad de cuidar de sí misma e integrarse a la vida productiva.

El trabajo aquí presentado se integra de la siguiente manera:

Capítulo I, contiene el marco conceptual. Se revisaron temas como el desarrollo psicológico del infante humano en su proceso de separación - individuación, el proceso de la adolescencia, el desarrollo de las relaciones objetales internalizadas, los trastornos de personalidad, el síndrome de la organización fronteriza, la transferencia y la contratransferencia, el diagnóstico estructural, la psicoterapia de expresión. Se revisaron las contribuciones que sobre estos temas realizaron diversos autores como: Mahler, Spitz, Winnicott, Blos, Aberastury, Anna Freud, Klein, y Kernberg

Capítulo II, Integra los aspectos metodológicos empleados en la investigación realizada.

Capítulo III, Se analiza la información obtenida del estudio de caso, se elabora un diagnóstico Psiquiátrico en base al DSM – IV, y el diagnóstico Psicoanalítico propuesto por Kernberg. Se presenta la Historia Clínica de la paciente. Se incluyen sesiones diagnósticas, sesiones de trabajo que muestran el inicio del tratamiento, la fase intermedia y final del mismo. Y finalmente se realiza un análisis de resultados.

Capítulo IV, está integrado por la discusión, las conclusiones y las limitaciones de la investigación.

JUSTIFICACIÓN.

Poder mitigar el dolor psíquico en alguna medida, justifica cualquier esfuerzo que se realice. Las personas que presentan un trastorno de personalidad límite tienen serios problemas en sus relaciones interpersonales. Sus relaciones de pareja son repentinas, intensas y demandantes. Perciben a los demás como totalmente buenos o totalmente malos, son muy irritables e impulsivos; la sensación de vacío y aburrimiento con frecuencia los conduce a conductas impulsivas de alto riesgo.

Sin duda, un ser humano que se percibe a sí mismo y a los otros de esta manera, es una persona que tiene un alto grado de sufrimiento.

La conquista de México por el imperio español trastocó la estructura de la familia prehispánica, el abuso de que fue objeto la mujer, la condujo a una cultura machista. Su temor a ser abandonada propicio que se aferrara a sus hijos como un mecanismo de defensa ante ese sufrimiento.

Esta relación un tanto simbiótica madre – hijo de la cultura mexicana, tiene actitudes contradictorias hacia los hijos; la madre parece rechazar el desarrollo de la autonomía del hijo por una parte, y por la otra no tolera su cercanía emocional; esta actitud en la fase de Separación – Individuación, puede llegar a desencadenar una patología fronteriza, a ello habrá que agregar el rol del padre mexicano que se visualiza como ausente, pasivo, irascible, débil e irresponsable.

De acuerdo con el DSM IV, la prevalencia del trastorno límite de la personalidad en la población en general es de aproximadamente el 2%. Representan el 10% de los pacientes que acuden a los servicios ambulatorios de salud, y aproximadamente el 20% de los pacientes ingresados en los hospitales psiquiátricos.

En relación con los trastornos de personalidad, la población clínica se ubica entre el 30 y el 60%. En las mujeres se observa una mayor prevalencia de este trastorno, los teóricos explican esta situación desde diferentes enfoques: biológico (diferencias hormonales) género, experiencias traumáticas de tempranas carencias o excesos, abuso físico, negligencia etc.

Actualmente la mujer se ha ido incorporando laboralmente de manera muy productiva, a tal grado que no tienen espacios para ejercer su insustituible rol maternal, y por consiguiente puede sufrir alteraciones ese proceso de Separación - Individuación, generando este tipo de patologías en los hijos a temprana edad.

De lo anterior podemos inferir que el trastorno de personalidad con mayor prevalencia es el fronterizo, que es más común de lo que suponemos, que nuestra cultura en alguna medida participa en la génesis de este trastorno.

La pretensión de este trabajo es dar cuenta de cómo la prevalencia de la Pulsión de Muerte característica predominante en los trastornos límite de la personalidad ejerce un fuerte impacto a la construcción de las relaciones objetales y al sí – mismo siendo su función dañar, humillar deteriorar y finalmente destruir al objeto.

Y cómo nosotros como terapeutas, como seres humanos, poseemos una gran capacidad para establecer un “vínculo primario” con este tipo de pacientes, que nunca han tenido, ya que su patología radica en tener este tipo de vínculos perturbados. Y en base a éste, realizar un trabajo psicoterapéutico con la finalidad de disminuir la Pulsión de Muerte y por ende mejorar sus relaciones interpersonales para una mejor inserción social.

ANTECEDENTES.

En 1884 Hugues fue el primero en utilizar dicho término, y quien realmente lo incorporó a la literatura psicoanalítica en 1938 fue Adolf Stern, de Nueva York en su trabajo "Psychoanalytic Investigation of Therapy in Borderline Group of Neurosis"

En su época primaria la bibliografía relativa a los pacientes fronterizos se integró con descripciones clínicas. Rosse (1890) caracteriza estos pacientes por la presencia de obsesiones graves, fobias, neurastenia e histeria

Beuler (1911) describe a los pacientes fronterizos como personas caprichosas, irritables, solitarias y extraños.

Freud (1923) es el primero en referirse al mecanismo de la escisión. Realiza importantes contribuciones a este concepto. Señala la posibilidad de analizar las neurosis graves, sin llegar a clarificar los alcances de su aseveración.

La formulación del concepto de escisión propició la observación de su presencia en las patologías graves. Inicialmente grandes pioneros en la investigación de este tipo de pacientes contribuyeron a su divulgación, entre ellos Fenichel, Knight, Zetzel y Schmeiderberg.

Rapaport (1946) hace una descripción de los estados fronterizos a través del uso de test psicológicos, describe aspectos estructurales como la presencia de primitivos estados yoicos disociados.

Klein (1946) analiza los procesos de escisión. Los relaciona con conceptos como: posición Esquizo – Paranoide, el pecho bueno y el pecho malo.

Fairbairn (1952) mostró un interés especial en el estudio de las operaciones defensivas de la personalidad fronteriza y en particular a la escisión. Formula que la escisión es un reflejo de la división de Yo primitivo en estructuras, donde cada estructura está conformada por: a) una parte del Yo, b) el objeto y c) los afectos de éste último. Considera a la escisión como un activo mecanismo de defensa.

Kestenberg (1952) afirma que en la relación madre – hijo, se desarrolla un vínculo casi simbiótico que imposibilita al infante adaptarse a otro objeto que no sea su madre, lo que propicia que las funciones yoicas aparezcan deterioradas, por usarlas de modo erróneo con fines adaptativos, a fin de retener o no ser rechazados por la madre.

Fenichel (1957) caracteriza a los pacientes fronterizos de la siguiente forma: aparecen extravagantes al observador, exhiben emociones inadecuadas, desbordantes de emoción, actúan como si tuvieran relaciones afectivas con la gente, no tienen verdaderos amigos y están imposibilitados para el desahogo emocional.

Deutsch (1962) hace una importante aportación a la comprensión de la organización de la personalidad fronteriza en su artículo sobre las personalidades “como sí”. La describe como: una incapacidad de desarrollo de identificaciones yoicas y superyoicas, de tener sentimientos auténticos. Actúan como si realmente los tuvieran. Carecen de un superyó verdadero.

Mahler (1977) caracteriza las fases del desarrollo mental del ser humano. Designa al trastorno límite de la personalidad con el término de psicosis benigna.

A decir de Kernberg (1987) hasta hace poco tiempo en la bibliografía especializada el término “fronterizo”, “límitrofe” “borderline” causó gran confusión. Inicialmente se consideró que los pacientes fronterizos transitaban, en forma temporal, de manifestaciones agudas de una sintomatología neurótica a reacciones psicóticas.

Este autor afirma que la organización fronteriza de la personalidad presenta una organización patológica específica y estable, que no es ni típicamente neurótica, ni típicamente psicótica, donde la escisión primitiva es el mecanismo central de la organización defensiva del Yo y se observa una patología de las relaciones objetales internalizadas. Destaca que estos pacientes conservan su prueba de realidad.

“A pesar de la vaguedad, relatividad conceptual y de haber traído más dificultades que ventajas, el término *borderline* (*fronterizo – límitrofe*) ha logrado en la actualidad una notable difusión dentro del psicoanálisis” (Doria, 1995: 205)

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.

1. OBJETIVOS.

1.1. OBJETIVO GENERAL.

Analizar el impacto de la Pulsión de muerte en la estructuralización de las relaciones objetales en una adolescente tardía con estructura límite de la personalidad.

1.2. OBJETIVOS PARTICULARES.

Analizar la prevalencia de la Pulsión de Muerte en una adolescente tardía con estructura límite de la personalidad.

Analizar la influencia de la Pulsión de muerte en el establecimiento de las relaciones objetales en una adolescente tardía con estructura límite de la personalidad.

Analizar el impacto de la Pulsión de Muerte en la Manifestación Transferencial de una adolescente tardía con estructura límite de la personalidad.

2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

¿El análisis de la prevalencia de la Pulsión de Muerte y las Relaciones Objetales a través del enfoque psicoanalítico de psicoterapia de expresión en una adolescente tardía con estructura límite de la personalidad, reporta algún beneficio para la paciente?

3. EJES TEMÁTICOS.

Eje 1 Relaciones Objetales.

Eje 2 Pulsión de Muerte.

Eje 3 Transferencia.

Eje 4 Contratransferencia.

Eje 5 Procedimiento Psicoterapéutico.

3.1. DEFINICIÓN DE EJES TEMÁTICOS.

EJE 1 RELACIONES OBJETALES.

En la Teoría de las relaciones de objeto, se privilegia el vínculo con el objeto. Plantea la necesidad del contacto con el objeto primario. La relación temprana del infante con la madre es decisiva. En esta teoría se busca definir el modo de relación del sujeto con su mundo. De las formas de aprehensión de los objetos y de sus tipos de defensa característicos. Las relaciones de objeto se centran en la conformación de representaciones intrapsíquicas diádicas (imágenes objetales e imágenes de sí – mismo) producto de la primitiva relación madre – hijo y de su ulterior desarrollo en relaciones externas interpersonales. “La hipótesis de que las primeras experiencia del lactante con el alimento y la presencia de la madre inician una relación de objeto con ella, es uno de los conceptos básicos” (Klein, 2009: 71)

En los pacientes con estructura límite de la personalidad sus relaciones objetales presentan un desarrollo patológico, la fijación está vinculada con el desarrollo patológico de la escisión. Se observa una deficiencia en la elaboración de la capacidad de integración de su sí – mismo y de sus representaciones objetales parciales. Una carencia en el desarrollo de la función integradora del Yo. No se logró la identidad del Yo. “En la mente luchan la disociación con la integración, la negación del dolor psíquico por una parte y la tolerancia a dicho dolor junto con el cuidado de los objetos, por otra”. (Bleichmar, 2010: 97)

Estos pacientes muestran poca capacidad para una evaluación realista de los demás dificultad para establecer relaciones duraderas y falta de empatía con los demás.

La terapeuta al interpretar la transferencia negativa se propone, en forma gradual, la integración de los objetos parciales en objetos totales.

El vínculo terapeuta – paciente es de vital importancia, en él se expresan sentimientos amorosos y hostiles. La interpretación de las constelaciones defensivas patológicas, van a permitir el reemplazo de la escisión y la instauración de la represión en el paciente.

EJE 2 PULSIÓN DE MUERTE.

Desde la Teoría Freudiana, la pulsión de muerte puede ser definida como una pulsión que empuja al retorno a lo inorgánico, cuya meta es la descarga total de la excitación a través de la aniquilación, de la destrucción del objeto. “Las pulsiones sexuales de muerte funcionan según el principio de la energía libre (principio del cero): su meta es la descarga pulsional total, al precio de la aniquilación del objeto”. (Laplanche, 1998: 31)

La pulsión de muerte en primera instancia se dirige hacia el interior y tiende a la autodestrucción. Freud señala que existe un desvío de la destructividad de sí mismo hacia los objetos externos. Se expresa en forma de pulsión agresiva y destructiva.

En los pacientes con una estructura de personalidad limítrofe, la pulsión de muerte es un componente relevante. En particular la agresión, como una expresión de ésta, matiza la conducta de estos pacientes. Por lo anterior se considera importante incluir a la pulsión de muerte, como Eje temático de esta investigación.

AGRESIÓN.- La agresividad es una forma de expresión de la pulsión de muerte. Es una fuerza desorganizadora y fragmentadora. Puede estar ejercida hacia el mundo exterior y los seres vivos. (Heteroagresión), o hacia el mundo interno (autoagresión). “Fundada en la hipótesis de una tendencia del organismo a la reducción completa de las tensiones, ella quiere entonces dar razón del dualismo pulsional fundamental, de la tendencia a la compulsión a la repetición, del origen de la agresividad y de la primacía de la autoagresión sobre la agresividad dirigida contra el otro” (Widlocher, 1998: 11)

La agresividad aplica a las relaciones objetales, al sí – mismo y a las relaciones de las instancias psíquicas (Yo – Superyó). Su fin es dañar, humillar o destruir al objeto.

En la agresividad se observan diversas modalidades: la acción motriz violenta, la identificación proyectiva, la disociación, la desvalorización etc.

AUTOAGRESIÓN.- se le considera como una forma de agresión dirigida a atacar las relaciones de las diferentes instancias psíquicas (Yo - Superyó) En la clínica se manifiesta a través de

mecanismos como: identificación proyectiva, la disociación, la mutilación corporal, conductas para suicidas, conductas suicidas etc.

HETEROAGRESIÓN.- Es la agresión cuyo fin es atacar los objetos externos, esta tendencia se expresa a través de conductas dirigidas a dañar al otro, a humillarlo o a destruirlo.

En la clínica se puede observar en la desvalorización y en el acting out. Existe una primacía de la autoagresión sobre la heteroagresión.

Se ha tomado como referencia la teoría de relaciones objetales de Klein y Kernberg, por el acento que estos autores han puesto en la agresión humana a fin de comprender la patología fronteriza.

EJE 3 TRANSFERENCIA.

La transferencia se da en cualquier relación interpersonal del ser humano, es una forma especial de relación. Un tipo característico de la relación de objeto. Su causa son las relaciones que se establecieron en la infancia con personas significativas como lo son los padres.

Para nuestro caso es de importancia la transferencia que se produce en la relación psicoterapéutica. Considerándola como un proceso que se da como resultado del vínculo paciente - analista, en el cual se reeditan, se repiten, cobran vida antiguas reacciones formadas en la infancia en relación con personas significativas, las cuales son desplazadas en la persona del terapeuta. “Toda una serie de sucesos psíquicos anteriores cobra vida de nuevo; pero ya no como pertenecientes al pasado, sino como una relación actual con la persona del médico”. (Klein, 2009: 57)

La transferencia en el contexto analítico se convierte en un instrumento que permite explorar el pasado inaccesible y el inconsciente, se utiliza para la interpretación y la reconstrucción. “Es característico del procedimiento analítico el hecho de que, cuando empieza a abrir caminos dentro del inconsciente del paciente, el pasado de éste (en sus aspectos conscientes e inconscientes) progresivamente se reactiva”. (Ibid).

La interpretación de la transferencia permitirá la reconstrucción de las relaciones objetales de la paciente, orientándola hacia la integración de las relaciones objetales parciales en totales.

EJE 4 CONTRATRANSFERENCIA.

En el sentido clásico se define como las reacciones inconscientes de la terapeuta ante la transferencia del paciente. En un sentido más amplio o totalístico se conceptualiza como las reacciones emocionales de la terapeuta, sus reacciones conscientes e inconscientes ante la transferencia del analizado.

En esta concepción se consideran la transferencia del paciente y las reacciones derivadas de las necesidades de la realidad de la terapeuta y sus conflictos neuróticos.

Esta concepción se aplica a la presente investigación por contener una orientación técnica, ya que la reacción emocional de la terapeuta se convierte en instrumento técnico para comprender y ayudar a la paciente, se pone al servicio del trabajo terapéutico.

En el trabajo psicoterapéutico se da un proceso de interacción entre el pasado y el presente de la terapeuta y la paciente, entre sus mutuas reacciones ante su pasado y su presente.

EJE 5 PROCEDIMIENTO PSICOTERAPÉUTICO.

El campo psicoanalítico se ha visto ampliado por la inclusión y rápido incremento de pacientes que se les asigna el cuadro de desorden de la personalidad llamado Organización Límite. El creciente interés que ha surgido últimamente referente al tratamiento psicoanalítico de los cuadros de patología severa ha motivado profundas reflexiones, así como modificaciones a la técnica.

Por tal motivo se utilizó la Psicoterapia de Expresión propuesta por Kernberg, cuyo enfoque se orienta hacia la interpretación de la transferencia y de las constelaciones defensivas en el aquí y ahora, lo que acontece en la relación transferencial inmediata, ya que dichas

interpretaciones se dirigen precisamente a las emociones que surgen en la relación transferencial.

Otro aspecto importante que contiene esta técnica, es el establecimiento y mantenimiento del encuadre, definido claramente y con mucha precisión, dado que este tipo de pacientes a través del acting – out, tienden a sabotearlo.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

APROXIMACIONES PSICOANALÍTICAS AL ESTUDIO DE LAS RELACIONES OBJETALES.

1. MARGARET MALHER.

El proceso evolutivo del ser humano, a diferencia del de los demás animales, condiciona su llegada al mundo extrauterino, en un estado de indefensión y dependencia total de la madre. Esta situación dará un carácter privilegiado a la relación madre-hijo. La función de maternaje influirá en forma positiva o negativa en el desarrollo del infante pequeño. Para Winnicott (1958) el niño nace indefenso. Percibe de manera desorganizada los estímulos que le llegan del exterior. Es un ser desintegrado con tendencia al desarrollo por sus características innatas. “La función de la madre es brindar un soporte adecuado para que las condiciones innatas logren un óptimo desarrollo” (Bleichmar, 2006: 263). Aquí se habrá de considerar la maleabilidad del nuevo ser, su gran capacidad de adaptación y acomodamiento al medio ambiente exterior.

La relación madre-hijo se considera asimétrica por darse entre un adulto y un infante pequeño. La necesidad que el infante tiene de la madre es absoluta, la necesidad que la madre tiene del bebé es relativa. En esta relación el niño depende biológico, afectiva y psicológicamente de la madre. En los primeros meses se da una relación simbiótica. Es una relación caracterizada por la fusión y la ausencia de diferenciación entre el Yo y el no-yo. “Existe una completa imprecisión de límites. El niño parece tratar a la madre como si ella fuera parte de su Yo, como no separada de su Yo sino mas bien fusionada con éste”. (Mahler, 1968: 55).

En investigaciones realizadas por Mahler, entre los años de 1963 a 1966, basadas en la observación del cuerpo en movimiento de infantes pequeños, de la comunicación en las esferas gestual, mimética y motriz, propone la universalidad del origen simbiótico de la condición humana y la existencia de un proceso obligatorio de separación-individuación en el desarrollo humano normal. A decir de Mahler (1977) “existe un proceso intrapsíquico normal y universal de separación-individuación, que va precedido por una fase simbiótica normal”. Este proceso ocurre en un lapso comprendido entre el cuarto o quinto mes de vida y los 30 o

36 meses y se le da la denominación de fase de separación-individuación. En el proceso normal de separación-individuación el niño logra un funcionamiento separado en presencia de la madre y con disponibilidad de ella. Se considera a la separación y la individuación como dos procesos complementarios. En la separación el niño emerge de la fusión con la madre. En la individuación los logros de los niños permiten el surgimiento de sus propias características individuales.

Mahler (1977) define el término de separación como el logro intrapsíquico de separación de la madre. Hace referencia a un sentimiento de ser un individuo separado y no necesariamente al hecho de estar separado físicamente de alguien.

Se refiere al término simbiosis como un estado intrapsíquico donde no se ha producido una diferenciación entre el sí-mismo y la madre.

“En el mundo del neonato, no existe ni el objeto ni la relación de objeto. El recién nacido no sabe distinguir una cosa de otra: no puede tampoco distinguir una cosa (externa) de su propio cuerpo y no experimenta el medio circundante como algo separado de sí” (Spitz, 1993: 39).

Mahler (1977) propone para el estudio del desarrollo psíquico del infante 3 fases:

1.- Autismo Normal

2.-Simbiosis Normal

3.-Separación Individuación.

La tercera fase está integrada por 4 subfases:

- Primera subfase: la diferenciación y el desarrollo de la imagen corporal.
- Segunda subfase: ejercitación locomotriz.
- Tercera subfase: acercamiento.
- Cuarta subfase: la consolidación de la individualidad y los comienzos de la constancia objetal emocional

1.1 PRIMERA FASE.

LA FASE AUTÍSTICA NORMAL.- En esta fase se observa una relativa ausencia de catexia de los estímulos exteriores. Se observa con claridad la barrera que opone el neonato a los estímulos. Hay una falta de respuesta a los estímulos externos. A decir de Spitz (1965) “el aparato perceptor del recién nacido se halla escudado del mundo exterior mediante una barrera contra estímulos extraordinariamente alta. Esta barrera protege al infante durante las primeras semanas y meses de la vida de la percepción de estímulos del medio ambiente”. El infante pasa la mayor parte en estado de semisueño y semivigilia. Se despierta solo cuando tiene la necesidad de satisfacer el hambre o por algunas otras tensiones. Predominan los procesos fisiológicos sobre los psicológicos. El neonato normal nace con un equipo reflejo: la succión, la implantación, prensión, el aferramiento, el reflejo de Moro. “Aquello con que el recién nacido está dotado y que lo hace único, lo denominaré *equipo congénito*. Este equipo consta de tres partes: 1) El equipo heredado, al que determinan los genes, los cromosomas, el ADN, el ARN, etc., 2) Influencias intrauterinas que actúan sobre la gestación, 3) Influencias que se hacen operantes durante el curso del parto” (Spitz, 1965: 22). La reacción, que Freud (1895) singulariza, es el hecho de que el bebé vuelva la cabeza en busca del pecho y el logro del placer deseado. La conducta de mamar está firmemente establecida al nivel del desarrollo embrionario tanto en la filogenia como en la ontogenia. En las semanas siguientes al nacimiento del bebé, el movimiento de mamar se hace más preciso y certero. El infante logra atrapar el pezón con un breve movimiento de cabeza. Durante las primeras semanas de vida del neonato prevalece un estado de narcisismo primario absoluto. Existe una ausencia de conciencia del infante con respecto a la existencia del agente maternante. A este estadio Mahler (1977) lo ha denominado *autismo normal*.

Según Hartmann (1939, citado por Mahler, 1977) el neonato trae consigo al mundo exterior un equipo de autonomía primaria. Este equipo obedece a las normas de organización cenestésica del sistema nervioso central. La reacción ante cualquier estímulo que sobre pase el umbral de recepción durante el autismo normal es global, difusa y sincrética. A decir de René Spitz (1965) la función principal del autismo normal es el logro del equilibrio homeostático del organismo dentro del nuevo ambiente extrauterino, por mecanismos

somato psíquicos fisiológicos. Sirve para la consolidación posnatal del desarrollo fisiológico extrauterino. Propicia la homeostasis postfetal.

1.2. SEGUNDA FASE.

LA FASE SIMBIÓTICA NORMAL.- A partir del segundo mes el infante se comporta y funciona como si su madre y él, constituyeran un sistema omnipotente, una unidad dual, dentro de un límite unitario común. Este comportamiento señala el inicio de la fase simbiótica normal. Esta fase señala la importancia de la capacidad filogenética del ser humano para investir a la madre dentro de una vaga unidad dual. La sólida barrera que opone el neonato a los estímulos externos empieza a debilitarse. El infante tiende a sentirse abrumado por los estímulos, aumenta el llanto y otras manifestaciones motrices.

Según Mahler (1977) el término simbiosis refleja un estado de indiferenciación, de fusión con la madre, en donde el yo aún no está diferenciado del no-yo. Lo interno y lo externo pueden llegar a ser sentidos como diferentes solo en forma gradual. “En la no diferenciación no existe una diferenciación clara entre la psique y el soma, entre lo interno y lo externo, entre el impulso y el objeto, entre el yo y el no-yo y ni siquiera entre las diferentes regiones del cuerpo “(Spitz, 1993: 93). La característica principal de la simbiosis es la fusión somato psíquica omnipotente, alucinatoria.

A decir de Spitz (1965) la cara humana en movimiento, el encuentro mirada a mirada es el primer percepto significativo del ser humano. Es el desencadenador, el organizador de la respuesta inespecífica de sonrisa (llamada social). El rostro humano es el estímulo visual ofrecido con mayor frecuencia al infante durante las primeras seis semanas. Las huellas mnémicas del rostro humano han quedado fijadas en la memoria infantil. La sonrisa es la primera manifestación de conducta activa, dirigida e intencional. El niño de tres meses no percibe un congénere humano, tampoco una persona o un objeto libidinal, sino solo un signo. Y más que un signo es una gestalt. Una gestalt formada por la frente, los ojos y la nariz. Todo ello en movimiento. A la edad de tres meses la acción del yo rudimentario solo puede percibir, reconocer y responder a una gestalt signo con una sonrisa. El yo rudimentario no puede discriminar entre el amigo y el extraño.

En esta fase prevalece el narcisismo primario; sin embargo el neonato tiene una oscura percepción de que la satisfacción de sus necesidades proviene de un objeto-parte. El cambio de una catexia predominantemente propioceptiva- interoceptiva a una catexia sensorio perceptivo es el requisito elemental para la formación del yo corporal. Las sensaciones internas del infante constituyen el núcleo del sí mismo. De acuerdo con Spitz (1965) el autismo normal y la simbiosis normal son las dos primeras fases de no diferenciación: la primera es no objetal y la segunda pre-objetal. Mahler (1977) denomina fase simbiótica a lo que Spitz llama estadio preobjetal.

Para Mahler (1977) el principal logro psicológico de esta fase es la catexia de la madre. En esta etapa se va catexiando poco a poco el mundo, en particular la persona de la madre, como unidad dual con el yo aún no claramente delineado y delimitado. La experiencia de dentro y de fuera aún es muy vaga. La madre es un objeto parcial.

1.3 TERCERA FASE: SEPARACIÓN INDIVIDUACIÓN.

1.3.1. PRIMERA SUBFASE: LA DIFERENCIACIÓN Y EL DESARROLLO DE LA IMAGEN CORPORAL. Entre los 4 y 5 meses inicia esta fase. La sonrisa social no específica del bebé se transforma poco a poco en una sonrisa específica a la madre. Es una señal de que se ha establecido un vínculo entre el bebé y su madre. Algunas conductas permiten suponer la demarcación del yo respecto del otro. Se observa el amoldamiento del bebé al cuerpo de la madre y como pone distancia de él con su tronco. Durante los primeros meses la atención del infante se dirige principalmente hacia dentro. Gradualmente se expande, con el inicio de la percepción dirigida al exterior durante los crecientes periodos de vigilia. “El proceso de ruptura del cascarón es una evolución ontogénica gradual del sensorio que permite al infante tener un sensorio más permanentemente alerta cuando está despierto” (Mahler, 1977: 64). Los infantes que han alcanzado el estadio de la ruptura del cascarón adquieren una apariencia nueva, una nueva gestalt. El niño ya no parece entrar y salir del estado de alerta. Tiene un sensorio en permanente alerta cuando está en estado de vigilia.

A decir de Mahler (1977), aproximadamente a los seis meses hay signos definidos de que el bebé inicia a diferenciar su cuerpo del de su mamá. Realiza exploraciones manuales, táctiles y visuales del rostro de la madre. Se pueden observar intentos de experimentar con la separación-individuación, tales como: tirar del cabello, las orejas, la nariz de la madre, poner comida en su boca o ponerse tenso para apartarse de ella. La necesidad de contacto con la madre se expresa en la insistente preferencia, por parte del infante, de un juguete determinado, que por lo general es blando, cálido, flexible; pero esencialmente saturado por los olores de la madre. En sus juegos adquiere la capacidad para demostrar que comprende que tiene un interior y que las cosas proceden del exterior. “El pequeño da por sentado que su madre también posee su interior, que puede ser rico o pobre, bueno o malo, ordenado o confuso “(Winnicott, 1999: 203).

En este sentido Anna Freud (1952) afirma que el infante aprende a discriminar entre la imagen interna y la percepción de una persona en el mundo exterior.

Mahler encontró, entre los siete u ocho meses del infante, la aparición de una pauta visual. El bebé muestra interés por la madre, la compara con otro. Compara lo familiar con lo no familiar. Se familiariza con lo que tiene el olor, el gusto y la apariencia de madre. Inicia el descubrimiento de lo que es y no es la madre. “La pauta visual de *verificación de la madre*, era el signo más importante y bastante regular del comienzo de la diferenciación somatopsíquica (Mahler, 1977: 67). Alrededor de los ocho meses el infante pequeño muestra curiosidad por averiguar acerca del extraño.

Una vez que el bebé ha llegado a individualizarse lo suficiente como para reconocer el rostro de la madre, inicia una prolongada exploración visual y táctil y el estudio de rostro y gestalt de otros. Cuando el infante ha cursado en forma óptima la fase simbiótica, éste experimenta curiosidad y asombro ante la pauta de verificación visual de extraños. Cuando ello no ha sucedido, en él se produce una aguda ansiedad ante ellos.

Según Spitz (1965) para esa edad la capacidad del bebé para la diferenciación perceptiva diacrítica está bien desarrollada. El bebé dará muestras de recelo y angustia y rechazará al extraño. Éste reacciona al enfrentarse con un desconocido, por el hecho de que éste no es su madre, su madre se ha ausentado. “La angustia que manifiesta no es en respuesta al

recuerdo de una experiencia desagradable con el desconocido; es en respuesta de su percepción de que el rostro del desconocido no coincide con las huellas mnémicas del rostro de la madre. Esto sirve de ejemplo a la actuación de la apercepción; en ella un percepto en el presente es comparado con las huellas mnémicas del pasado (Spitz, 1965: 121).

A esta etapa Spitz (1965) la nombra como la angustia del octavo mes. La describe como la propuesta de generación o nacimiento de la escisión como mecanismo de defensa. Señala que a los ocho meses el niño reconoce y sabe diferenciar a su madre de los extraños. Cuando éstos se acercan a él se genera la ansiedad, misma que motiva a separar la imagen buena de su madre, de la idea de que su madre lo ha abandonado al no verificar su presencia, conservando así su imagen de la madre buena.

Entre los doce y catorce meses de vida del infante Mahler observó que el proceso intrapsíquico de separación-individuación seguía dos caminos evolutivos intervenculados, cuyo avance no siempre es simétrico:

- Uno es el carril de la individuación, la evolución de la autonomía intrapsíquica, la percepción, la memoria, la cognición y la prueba de realidad.
- El otro carril es el de la evolución intrapsíquica de la separación que implica una trayectoria hacia la diferenciación, el distanciamiento, la formación de límites y la desvinculación con la madre.

Las situaciones óptimas parecen ser aquellas en las cuales la conciencia de separación corporal corre paralela con el desarrollo autónomo de las funciones del yo que sirven a la individualización.

1.3.2. LA SEGUNDA SUBFASE: EJERCITACIÓN LOCOMOTRIZ. (De los 10 ó 12 meses a los 16 ó 18 meses)

Tres son los desarrollos interrelacionados que propician el establecimiento de la conciencia de separación y hacia la individuación: a) la diferenciación corporal con la madre, b) el establecimiento de un vínculo especial con ella y c) el desarrollo y funcionamiento de los

aparatos autónomos del yo en estrecha proximidad con la madre. “El infante desarrolla funciones como: el control muscular, el lenguaje y el control de las funciones excretoras, en estrecha conexión con su vínculo con la madre. Cuando este vínculo se ve perturbado o roto, la función que se acaba de adquirir pierde su valor, al menos temporalmente” (Freud, Anna, 1992: 109). Estos desarrollos son los precursores para que el infante amplíe su interés por la madre a los objetos inanimados, juguetes que la madre le proporciona. El bebé explora los objetos en forma visual y táctil, investiga su gusto, su olor y textura con boca y manos. Las exploraciones tempranas le permiten al infante establecer familiaridad con un sector más amplio del mundo y percibir, reconocer y gozar de la madre desde una mayor distancia.

El niño a través del proceso de maduración de su aparato de locomoción comienza a alejarse poco a poco de la madre. El niño disfruta del ejercicio de sus funciones autónomas, en particular de la movilidad, a grado tal que por momentos olvida la presencia de ésta. Sin embargo retorna de tiempo en tiempo a ella. La madre es siempre necesaria como punto estable, que satisface la necesidad de reabastecimiento a través del contacto físico. El niño requiere de un reabastecimiento emocional. “Los primeros pasos sin ayuda que da el niño siguen una dirección que lo aleja de su madre u ocurren durante la ausencia de ésta” (Mahler, 1977: 86).

Con la locomoción vertical cambia su visión del mundo. Hay una nueva visión de percepción que le da la posición bípeda, vertical. Los primeros pasos independientes del niño en posición vertical indican el inicio del periodo de ejercitación motriz.

La característica fundamental de este periodo es el investimento narcisístico del niño en sus propias funciones, su propio cuerpo y los objetos de su realidad que se encuentra en expansión. La marcha le permite realizar un gran número de descubrimientos y pruebas de realidad del mundo mediante su propio control y dominio mágico. Descubre su pene desde diferentes ángulos y planos que antes no conocía, incrementando su interés por él.

Para el infante como para la madre la marcha parece tener un gran significado simbólico. La locomoción vertical del niño parece proporcionarle el derecho de incorporarse al mundo de los seres humanos independientes. La confianza que la madre transmite al niño de que ya

puede lograrlo se transforma en él en un sentimiento de seguridad en sí mismo que lo impulsa al logro de la marcha.

1.3.3 TERCERA SUBFASE: ACERCAMIENTO. (Entre los 18 y los 36 meses)

La lucha por el acercamiento tiene su origen en un dilema específicamente humano. Por un lado el infante se ve obligado a reconocer su separación, gracias a la maduración de su Yo, y por otro lado es incapaz de mantenerse solo ya que seguirá necesitando de sus padres por mucho tiempo. “La madre tiene un importante rol, proveer a la criatura de los elementos de la realidad con que pueda construir la imagen psíquica del mundo externo” (Bleichmar, 2006: 274). A los 18 meses el infante se ha convertido en un deambulador. Se hace más consciente de su separación física. Hay una disminución del aparente olvido de la madre, como sucedió en la subfase anterior. Se da cuenta cada vez más de la ausencia de la madre. Se observa un aumento en la ansiedad por la separación de ésta. Al principio es un temor a la pérdida del objeto, posteriormente es un temor a la pérdida del amor del objeto. Existe un interés aparentemente constante por saber dónde está la madre. Parece tener una necesidad mayor de que la madre comparta con él todas sus experiencias. La disponibilidad emocional de la madre adquiere gran relevancia.

Dos pautas caracterizan la conducta del infante en esta subfase: el seguimiento de la madre y la huida de ella. Hay una búsqueda deliberada de contacto corporal íntimo o su evitación. Estas pautas indican por un lado, el deseo del reencuentro con el objeto de amor y por otro el temor de que ese objeto lo reabsorba o engolfe. El niño se vuelve más consciente de su separación y recurre a todo tipo de mecanismos para resistirse y contrarrestar la separación real de la madre. El seguimiento del deambulador detrás de su madre parece inevitable.

La actitud de la madre en esta subfase de acercamiento es muy importante. La madre debe poseer una continuada disponibilidad emocional, compartir las hazañas del deambulador, responder al juego con el juego; pero sobre todo dejar que el infante se separe, darle un suave empujoncito, alentarle a la independencia. Durante la subfase de acercamiento se pueden observar algunas señales de peligro: a) una ansiedad de separación mayor al

promedio, b) un excesivo seguimiento de la madre, c) una continua huida impulsiva de ella, con el fin de provocar que atrape al niño y d) excesivas perturbaciones del sueño.

En la subfase de acercamiento el signo conductual más característico es el de traer cosas a la madre, llenarla de objetos que encuentra en su mundo en expansión. La importancia de esta conducta es el deseo del niño de compartir los objetos con la madre, de que ella se interese en sus descubrimientos. El niño en forma incipiente se da cuenta de que los deseos de la madre no siempre son idénticos a los suyos. Los juegos de escondidas y de imitación son ahora sus favoritos. La interacción social ahora desplaza el interés que mostraba hacia la locomoción independiente y la exploración del mundo. Inicia la conciencia de existencia separada de otros niños. “Hay un mayor deseo de tener o hacer lo que otro niño tenía o hacia, un deseo especular, de imitación, de identificación en cierta medida con el otro niño, aparece la cólera específica dirigida a un fin, la agresión, si no hay manera de alcanzar el fin deseado”. (Mahler, 1977:106).

La primera conciencia de separación lleva consigo descubrimientos placenteros de incipiente autonomía y de interacción social, la expresión de palabras y comunicación gestual. Emplea los gestos de pedido o las palabras para satisfacer sus deseos.

Entre los 17 y 18 meses aparece la ocurrencia de los berrinches. Se caracteriza por el deseo rápidamente alternante de alejar a la madre y aferrarse a ella. Hay un deseo simultáneo en ambas direcciones. Es la ambivalencia característica de los niños que cursan la mitad de la subfase de acercamiento. Los infantes de esta edad usan a la madre como una extensión de sí mismo. Tratan de negar el penoso proceso de separación. Algunos ejemplos típicos son tirar de la mano de la madre y usarla como herramienta para que les alcance algo. Hay un resurgimiento de la reacción ante los extraños. Una conducta típica de esta edad es la indecisión. Parece ser la simbolización del conflicto de permanecer junto a la madre y al mismo tiempo alejarse de ella. “Desde los 14 o 16 meses en adelante se pueden y deben buscar signos conductuales y simbólicos, para establecer si la represión logrará frenar la proclividad hacia una escisión más permanente y de mal pronóstico” (Kernberg, 1974).

En el periodo comprendido de los 18 a los 21 meses se presentan crisis de acercamiento. El infante, en cuanto al aspecto cognitivo, tiene la capacidad de comprender que la madre al

estar ausente puede estar en otra parte y se le puede encontrar (permanencia de objeto de Piaget). “El objeto permanente de Piaget tiene una historia sensorio motriz. Formula que se va construyendo en forma gradual en la mente el individuo.

“La adquisición del objeto está inextricablemente vinculada a la experiencia, y de un modo específico a la acción motora que conduce al acrecentamiento de los elementos ontogénicos de la psique en forma de recuerdo”. (Spitz, 1993: 240). Sin embargo al niño no le gusta que su madre lo deje solo por periodos largos. Se presentan dificultades en el proceso de despedida. Se manifiestan en la reacción de aferrarse a la madre. Con frecuencia esta reacción va acompañada por una falta de capacidad para dedicarse a jugar.

Los mecanismos de escisión, en este periodo, pueden manifestarse de diferentes maneras. De acuerdo con las investigaciones de Mahler, ante la ausencia de la madre una de las observadoras podía transformarse en la “madre mala”, no podía hacer nada para contentar al infante que se mostraba de mal humor. Él deseaba la “madre buena” pero parecía que ésta solo existía en su fantasía. Cuando regresaba la madre real el niño podía saludarla, mostrar cólera, despecho o algunas actitudes negativas. “Las reacciones de amor y odio se hayan mezcladas por naturaleza en los seres humanos. El infante desarrolla sentimientos tanto hostiles como amorosos hacia la madre” (Anna Freud, 1992: 127). Si la observadora se transformaba en “madre simbiótica buena” y el infante se sienta en su regazo, a la vuelta de la madre real éste podía tener el impulso de acercarse a ella lo más rápido posible y al mismo tiempo un impulso de evitarla. Podía ignorar a su madre a su retorno o ir a ella y luego desviarse. Rechazar las insinuaciones de la madre de que se acercara. Parecería que la madre se hubiera convertido en la “madre mala” y por tanto la evita. En este sentido Laplanche y Pontalis (1996) sostienen:

La escisión del objeto es un mecanismo descrito por Melanie Klein y considerado por esta autora como la defensa más primitiva contra la angustia: el objeto a que tienden las pulsiones eróticas y destructivas es escindido en un objeto “bueno” y un objeto “malo”, que entonces seguirán destinos relativamente independientes dentro del juego de introyecciones y proyecciones (125)

También se puede presentar que trate a la madre sustituta con ambivalencia, como “madre mala y buena”, como a la madre verdadera que ama con ambivalencia cuando ella está presente. Segal (2006) afirma que una de las conductas de la posición esquizo-paranoide es la escisión. Entre los mecanismos esquizoides se encuentran: la escisión del objeto y del yo en una parte buena y una parte mala, la idealización del objeto bueno y la escisión de la parte mala del yo en pequeños fragmentos. La escisión es la base de lo que más tarde será la represión.

A los veintiún meses, según Mahler (1977), los infantes muestran una disminución en la lucha por el acercamiento. Los elementos que han propiciado un mayor grado de individuación son:

- El desarrollo del lenguaje. La capacidad de nombrar objetos. La manifestación de deseos con palabras específicas. El uso del pronombre personal yo.
- El proceso de internalización e identificación con la madre y el padre “bueno”. El inicio de la internalización de reglas.
- El uso del juego simbólico como medio para expresar deseos y fantasías.

Entre los 16 y 21 se produce el descubrimiento de las diferencias anatómicas sexuales en el infante. En relación con los varones, alrededor de los 12 a 14 meses al lograr la posición vertical, se facilita la exploración visual y sensorio-motriz. El descubrimiento del pene por parte de las niñas las enfrenta con algo que ellas carecen. Ante el descubrimiento presentan diversas conductas: ansiedad, cólera y desconfianza. Al notar la diferencia sexual, la niña tiene cierta inclinación a volverse en contra de la madre, a reprocharle, a exigirle, a sentirse defraudada por ésta. Culpa a la madre por la falta de ese órgano. Aparece la envidia temprana del pene. Con frecuencia la niña expresa simbólicamente en su juego y en ocasiones en verbalizaciones su molestia por haber sido estafada o lesionada por la madre toda poderosa. Más tarde, en los varones, surge la ansiedad de castración. Laplanche y Pontalis (1996) afirman que:

La envidia del pene surge del descubrimiento de la diferencia anatómica de los sexos: la niña se siente lesionada en comparación con el niño y desea poseer, como éste un pene, (complejo de castración); más tarde, en el trascurso del Edipo, esta envidia del pene adopta dos formas derivadas: deseo de poseer

un pene dentro de sí (principalmente en forma de deseo de tener un hijo);
deseo de gozar del pene en el coito (118)

En algunos casos la crisis del acercamiento se transforma en un conflicto intrapsíquico irresuelto. En otros incrementa las dificultades en la resolución del conflicto de Edipo. En el desarrollo se presentan presiones y conflictos orales, anales y de la primera fase genital. Existe la necesidad de renunciar a la omnipotencia simbiótica. Hay una mayor conciencia de la imagen corporal y de la presión del cuerpo. La creencia en la omnipotencia de la madre se tambalea. Se incrementa la conciencia de las sensaciones urinarias e intestinales. Se incursiona en el control de esfínteres. Algunos infantes reaccionan en forma dramática ante el descubrimiento de la diferencia anatómica sexual. En los niños con un desarrollo no óptimo se presenta el conflicto de ambivalencia, donde se observa la alternancia de conductas de aferramiento a la madre y negativismo. En algunos casos este conflicto de ambivalencia es el reflejo de que el niño ha escindido el mundo de los objetos en “buenos” y “malos”. En la escisión el niño defiende al “objeto bueno” contra los derivados del impulso agresivo. La escisión es el principal mecanismo de defensa en la patología fronteriza, busca mantener separados los aspectos buenos de los objetos, de los malos. “El uso de la escisión defiende al sujeto de la ansiedad, pero trae como consecuencia una percepción errónea y la aparición de objeto parcial ya que no se logran integrar las distintas imágenes que se producen en un vínculo” (Bleichmar, 2006: 448).

Algunos niños que presentan fallas en el desarrollo pueden llegar a producir una sintomatología fronteriza en la latencia y la adolescencia. “Los mecanismos de coerción y escisión del mundo objetal, cuando son excesivos, resultan característicos de la mayoría de los casos de transferencia fronteriza en los adultos” (Mahler, 1977: 125)

1.3.4 LA CUARTA SUBFASE: LA CONSOLIDACIÓN DE LA INDIVIDUALIDAD Y LOS COMIENZOS DE LA CONSTANCIA OBJETAL.

En esta cuarta subfase del proceso de individuación-separación la tarea principal es:

- El logro de una individualidad definida.
- El logro de un cierto grado de constancia objetal.

Esta última subfase tiene lugar alrededor de los 3 años, en el curso del cual se logra un sentimiento estable de entidad (límites del yo). La constancia objetal emocional se basa en el logro cognitivo del objeto permanente. Depende de la gradual internalización de una imagen constante positivamente catexiada de la madre. Implica además la unificación del objeto “bueno” y “malo” en una representación total. Esto propicia la fusión de los impulsos agresivo y libidinal y modera el odio hacia el objeto cuando la agresión es intensa. “En el estado de constancia objetal, el objeto de amor no será rechazado, ni cambiado por otro, aunque ya no pueda proporcionar satisfacciones; en ese estado aún se añora al objeto y no se lo rechaza (odia) como insatisfactorio simplemente porque esté ausente” (Mahler, 1977: 128). Una vez bien establecida la constancia objetal, la madre real puede ser sustituida durante su ausencia física, en alguna medida, por la presencia de una imagen interna confiable.

La comunicación verbal se desarrolla en esta subfase y en forma gradual reemplaza a las otras formas de comunicación. El lenguaje gestual de todo el cuerpo y la afecto movilidad continúan presentes. El juego adquiere un papel muy importante. Inicia el juego de fantasía, el desempeño de roles y el juego como-sí. Existe un marcado interés en los compañeros de juego y en los adultos diferentes a la madre. Comienza a desarrollarse un sentimiento del tiempo y con ello una cierta tolerancia en la demora de la satisfacción de necesidades y de las ausencias de la madre. Utiliza conceptos como “más tarde” o “mañana”. Se presenta un leve o moderado negativismo como característica de esta subfase. Durante el periodo comprendido entre los 20 y los 36 meses se produce rápidamente una diferenciación del yo y la individuación. Se despliegan las funciones cognitivas complejas: la fantasía, la prueba de realidad y la comunicación verbal. “En este estadio del desarrollo del yo, el niño se halla en el momento de adquirir el lenguaje y, con él, los modos complicados del pensamiento lógico y el razonamiento que constituyen la base indispensable del proceso secundario” (Anna Freud, 1992: 17). Las representaciones mentales del yo se establecen como algo separado de las representaciones de los objetos, preparándose el camino para la formación de la auto identidad.

La personalidad empática de la madre y su capacidad de maternaje es fundamental en el proceso de separación-individuación. Si la madre es poco predecible, confiable o muy

intrusiva, mayor será la posibilidad en que el objeto se mantenga o se transforme en un cuerpo extraño no asimilable, en un introyecto “malo”. El infante en su esfuerzo por expulsar el “introyecto malo” hace acopio de derivados del impulso agresivo. Parece que ello genera cierta tendencia a identificar la autorrepresentación con el “introyecto malo”.

“Si esta situación emerge durante la subfase de acercamiento, puede desarrollarse tanta agresión como para inundar o barrer al objeto bueno y junto con él, a la autorrepresentación buena” (Mahler, 1977: 136). Esto se manifiesta a través de fuertes berrinches y por intentos del infante de presionar a la madre y al padre a funcionar como yoes casi-externos. Este infante que cursa el tercer año de edad, muestra cierta inclinación a escindir el mundo objetual en “bueno” y “malo”. Para él la madre real siempre será percibida como frustradora.

Lo deseable es que la “madre interna”, la imagen interna o representación intrapsíquica de la madre, durante el tercer año de vida, pueda en cierta medida estar disponible a fin de confortar al deambulador en la ausencia física de la madre.

La consolidación de la individualidad y la constancia objetual libidinal pueden verse amenazados por diversas fuentes:

- La lucha que se suscita en relación a los hábitos de eliminación.
- La consciencia de las diferencias anatómicas sexuales.
- La lesión narcisista de la niña pequeña por la envidia del pene.
- Los traumas de tipo evolutivo en la fase anal y fálica.
- Reacciones ante factores experienciales (enfermedades, separaciones del padre o la madre, accidentes, intervenciones quirúrgicas).

Anna Freud (1956) dice que cuando las experiencias traumáticas de la temprana infancia sobreviven en la conciencia de una persona lo hacen en forma de recuerdos encubiertos. Puede ser que dos o más acontecimientos patógenos aportaron y se condensaron para constituir el recuerdo encubierto. El recuerdo de una separación de la madre asume el efecto combinado de las muchas ocasiones en que al niño se le dejó solo en la cuna o en su habitación. Las experiencias traumáticas pueden llegar a ser en el futuro traumáticas o no desarrollar el trauma. “Se llegó a afirmar que la significación traumática de un

acontecimiento no queda determinada en el momento en que éste ocurre, sino que es el curso ulterior de la vida el que parece decidir si una experiencia ha de ser traumática o no” (Anna Freud, 1992: 60).

2. MELANIE KLEIN.

Klein (1952) fundamenta su teoría en los principios psicoanalíticos freudianos. En particular en la teoría de las pulsiones y el desarrollo psicosexual de Freud. Plantea que en los albores de la vida la Pulsión de Muerte es sentida como una amenaza de destrucción interna.

Da vida a una teoría del desarrollo humano muy original. Crea una teoría sobre las emociones, donde el conflicto mental es definido como la lucha entre sentimientos de amor y odio que se ven confrontados en el vínculo con los objetos. Estudia las características emocionales del vínculo madre – hijo. Los sentimientos agresivos y amorosos se consideran puramente psíquicos.

Le da a su teoría un carácter constitucional, supone que en el ser humano ya existen en su mente al nacer estructuras innatas determinadas genéticamente. La existencia de un Yo primitivo desde el nacimiento que le permite experimentar angustia. “Hay suficiente Yo al nacer como para sentir ansiedad, utilizar mecanismos de defensa y establecer primitivas relaciones objetales en la fantasía y en la realidad” (Segal, 2006: 29)

Considera la agresión y la envidia primitiva como algo intrínseco a la naturaleza humana. Supone el problema de la agresividad como causa de la angustia. El origen de la angustia en factores internos (Pulsión de Muerte) y externo la experiencia traumática del parto.

La teoría de Klein ha sido fuertemente criticada, ha suscitado encuentros y desencuentros entre los teóricos postfreudianos. Sin embargo es indudable la riqueza de sus aportaciones a la teoría y a la clínica psicoanalítica, entre las que sobresalen:

1. La creación de la técnica del psicoanálisis infantil
2. La concepción de la mente como un universo de objetos internos

3. Inserción en la clínica de las ideas de Freud sobre la Pulsión de Muerte
4. Propone un nuevo enfoque sobre el origen del superyó y el complejo de Edipo
5. Enfatiza el papel de la envidia primaria como una fuerza endógena
6. El estudio de los procesos defensivos como la disociación y la identificación proyectiva
7. Resalta la utilidad en la clínica de la interpretación de la transferencia negativa en los procesos de integración
8. Aporta una idea innovadora sobre el desarrollo temprano del psiquismo humano, la fundamenta con su idea de las posiciones: Esquizo – Paranoide y Depresiva.

2.1. POSICIÓN ESQUIZO–PARANOIDE

A decir de Klein, esta posición comprende los tres primeros meses de vida y en ella se expresa la necesidad del Yo de expulsar el instinto de muerte. La acción interna de la pulsión de muerte produce el terror al aniquilamiento. Es la causa primaria de la ansiedad persecutoria. “El Yo inmaduro del bebé está expuesto desde el nacimiento a la ansiedad provocada por la innata polaridad de los instintos – el conflicto inmediato entre el instinto de vida y el instinto de muerte”. (Segal, 2006: 30)

La acción de la pulsión de muerte promueve que el Yo se escinda en un Yo bueno y un Yo malo, en un Yo libido y un Yo agresión. Una parte de la libido y una parte de la agresión queda dentro del Yo y otra es proyectada sobre los objetos externos, dando origen a los objetos parciales.

Las relaciones de objeto inician con las primeras experiencias del bebé con el alimento y la madre. Son relaciones parciales que surgen de la relación con el pecho de la madre. Cuando el pecho gratifica es amado y sentido como bueno. Cuando el pecho frustra, es odiado y sentido como malo.

El bebé proyecta sus pulsiones de amor y las adjudica al pecho gratificador, (bueno). Asimismo proyecta sus pulsiones destructivas al exterior y las adjudica a un pecho frustrador (malo). Por introyección un pecho bueno y malo se implanta en el interior.

Al pecho malo se le atribuyen cualidades oral – destructivas. El bebé en sus fantasías muerde, desgarrar, devora y siente que el pecho malo lo atacará, por lo que lo convierte en un objeto persecutorio. La ansiedad persecutoria es vivida por el Yo como una amenaza de fuerzas hostiles que lo atacan. “la ansiedad predominante de la posición esquizo – paranoide es que el objeto u objetos persecutorios se introducirán en el Yo y avasallarán y aniquilarán tanto al objeto ideal como al Yo”. (Segal, 2006: 31)

La gratificación y el amor que el lactante experimenta en su relación con la madre dan origen a la formación del objeto ideal y le ayudan a lidiar con los objetos persecutorios. En la relación del objeto parcial el pecho idealizado y el pecho persecutorio son dos partes irreconciliables y excluyentes y se observan como objetos disociados.

Klein (1946) plantea la existencia de una relación dinámica entre las experiencias internas y externas del bebé. Esta relación se realiza a través de dos mecanismos básicos: la introyección y la proyección. Asigna un mayor peso a los factores intrínsecos del individuo, estos mecanismos dan viabilidad a la construcción de un objeto bueno interno y un objeto malo interno al introyectar los objetos buenos y malos externos. Es un recurso defensivo del Yo, al introyectar el objeto bueno y proyectar el objeto malo. El Yo se esfuerza por introyectar lo bueno y proyectar lo malo.

La introyección y la proyección son procesos defensivos arcaicos, cuya finalidad es introyectar lo bueno y proyectar lo malo. La proyección está ligada a la pulsión de muerte. Ante la amenaza del ataque interno destructivo se contrarresta expulsándola fuera del individuo. La proyección de la agresión y la libido da origen a la construcción de los objetos parciales. Pecho bueno y pecho malo; el objeto bueno se proyecta para preservarlo de los ataques internos. “La interacción entre los procesos de introyección y proyección determina el desarrollo del Yo. La relación con el pecho amado y odiado, bueno y malo constituye la primera relación de objeto del lactante” (Klein, 2009: 79).

Cuando existe un desarrollo temprano normal existen momentos de integración de los objetos disociados. La introyección del objeto bueno fortalece al Yo, lo que le permite tolerar la ansiedad sin proyectarla, lo que habrá de disminuir la ansiedad persecutoria favoreciendo los procesos de integración.

Cuando existe un desarrollo temprano patológico se producen puntos de fijación en esta posición. Klein (1946) dice que todo niño durante su evolución normal pasa por una psicosis infantil para mitigar la ansiedad persecutoria recurre a mecanismos de defensa primitivos. Estos procesos se caracterizan por ser intensos, extremos y omnipotentes. Los mecanismos de defensa más importantes de la posición Esquizo-paranoide son:

1. ESCISIÓN es de carácter constitucional. Es una defensa que protege al Yo primitivo de la pulsión de muerte; es la respuesta del Yo frente a una ansiedad persecutoria excesiva, su finalidad es mantener separado lo bueno de lo malo, lo interno de lo externo, lo real de la fantasía. La escisión se da en el Yo y en el objeto. “El Yo se escinde y proyecta afuera su parte que contiene el instinto de muerte, poniéndola en el objeto externo original: el pecho” (Segal; 2006: 31).

El objeto se escinde con el propósito de poder proyectar la pulsión agresiva y la libidinal. La escisión mantiene separado y a salvo el objeto bueno ideal, lo que permite el proceso de introyección e identificación con él. La escisión mantiene alejado al objeto ideal del persecutorio a fin de hacerlo invulnerable. Cuando la ansiedad persecutoria es baja en intensidad, la escisión tiene un menor alcance, el Yo en cierta medida es capaz de integrarse y sintetizar los sentimientos hacia el objeto.

“La integración solo se produce si, en ese momento, el amor hacia el objeto predomina sobre la pulsión destructiva. (En última instancia el instinto de vida sobre el instinto de muerte)” (Klein, 2009: 75)

La escisión es la base para la formación de la represión, la capacidad de discriminación y de poner atención. Si el proceso de escisión es demasiado intenso, el proceso fracasa, se producen fenómenos de desintegración y fragmentación y un desarrollo patológico de la posición Esquizo–paranoide.

2. IDENTIFICACIÓN PROYECTIVA. Klein (1946) la describe como la capacidad omnipotente de la mente de liberarse de una parte del Yo y colocarla en otro objeto. El individuo expulsa violentamente una parte de sí mismo que le es intolerable y queda identificado con lo no proyectado. Al objeto se le atribuyen todos aquellos aspectos de los que el sujeto se ha desprendido. Al liberarse el individuo de estos aspectos intolerables y colocarlos en el objeto, éste adquirirá un significado persecutorio.

La identificación proyectiva tiene varios propósitos:

1. Se dirige hacia el objeto ideal para evitar la separación.
2. Se dirige hacia el objeto malo para obtener control de la fuente de peligro.
3. Se proyectan partes malas del Yo para liberarse de ellas y para atacar y destruir el objeto.
4. Se proyectan partes buenas para mantenerlas a salvo de la maldad interna.

Klein (1955) ve a la identificación proyectiva como un fenómeno normal que habrá de sentar las bases de la empatía y la posibilidad de comunicación entre personas. Cuando la proyección identificativa es excesiva se produce un debilitamiento del Yo. Puede ser la base de varias situaciones patológicas. Si el individuo tiene la fantasía de introducirse violentamente dentro del objeto y controlarlo, sufre un temor a la reintroyección violenta desde el exterior en el cuerpo y en la mente.

Las ansiedades persecutorias que provoca la fantasía de entrar forzadamente dentro del objeto son la base de la paranoia.

La identificación proyectiva es usada por los teóricos kleinianos para abordar el análisis de pacientes psicóticos y fronterizos.

IDEALIZACIÓN- es vista como la necesidad intrínseca al ser humano en la búsqueda de la gratificación perfecta. “el pecho bueno tiende a transformarse en el pecho ideal que saciaría

el deseo voraz de gratificación ilimitada inmediata e incesante, de esta manera se origina la sensación de que hay un pecho perfecto inagotable, siempre disponible, siempre gratificador” (Klein, 2009: 73).

La idealización es un mecanismo caracterizado por la atribución exagerada de rasgos buenos y protectores del objeto bueno, o la atribución de cualidades que no tiene. Es una defensa del Yo cuya finalidad es protegerse de una excesiva angustia persecutoria. La fuerza del temor a la persecución produce en el lactante la necesidad de aumentar el poder de un objeto totalmente gratificador.

NEGACIÓN OMNIPOTENTE. Es un mecanismo primitivo, violento y omnipotente. La mente del lactante niega la existencia de objetos persecutorios los cuales disocia y proyecta en el exterior. En forma simultánea el Yo se identifica con los objetos internos idealizados con lo que mitiga la amenaza persecutoria. Puede suceder que en el proceso de la negación omnipotente se idealice al objeto perseguidor como una defensa contra la persecución excesiva. “la negación en su forma extrema tal como la hallamos en la gratificación alucinatoria, lleva hasta el aniquilamiento de cualquier objeto o situación frustradora y está ligada al fuerte sentimiento de omnipotencia que prevalece en los primeros estadios de la vida” (Klein, 2009: 74)

CONTROL OMNIPOTENTE- en este mecanismo el Yo asume el control omnipotente del objeto interno y externo, toma posición total de ambos pechos externo e interno. Este control le ayuda a neutralizar la ansiedad persecutoria.

Klein (1946) caracteriza a la posición Esquizo – paranoide en los siguientes aspectos:

- 1.- la existencia de un Yo rudimentario desde el nacimiento con cierta tendencia a la integración y cohesión. La existencia de mecanismos de defensa primitivos que permiten al lactante defenderse contra la ansiedad persecutoria.
- 2.- Relaciones de objeto moldeadas por la libido y la agresión, por el amor y el odio.
- 3.- La interacción entre los procesos de introyección y proyección determinan el desarrollo del Yo.

2.2. POSICIÓN DEPRESIVA

Klein (1946) ubica la posición depresiva entre los tres y seis meses de vida, inicia en la fase oral del desarrollo; en esta posición se espera que el lactante reconozca un objeto total y se relacione con él. Durante la elaboración de ésta, el bebé adquiere una percepción de la realidad diferente; el Yo se fortalece, a través del crecimiento y la asimilación de objetos buenos introyectados en el Yo y Superyó. Se da cuenta de su propia existencia y la de sus objetos como entes distintos y separados de él. Inicia a diferenciar entre la realidad y la fantasía.

Se percata de que sus experiencias buenas y malas no tienen origen de un pecho o madre buena o un pecho o madre mala; sino que proceden de la misma madre, que es a la vez generadora de lo bueno y malo.

Existe un cambio fundamental en el Yo. En la proporción en que la mamá se convierta en un objeto total, el Yo del niño se transforma en un Yo total. Se escinde cada vez menos, se incrementa la tendencia de integración del Yo y el objeto al disminuir los procesos proyectivos. “Los diversos aspectos, amado y odiado, bueno y malo, de los objetos se unen y esos objetos son ahora personas totales. Los procesos de síntesis actúan en la totalidad del campo de las relaciones de objeto, externas e internas”. (Klein, 2009: 81).

El conflicto depresivo es una lucha constante entre los impulsos amorosos y reparatorios del bebé y su destructividad. La fuente principal de la ansiedad depresiva se ubica en el hecho de que los impulsos destructivos hayan o lleguen a destruir el objeto amado externo, así como el objeto bueno introyectado.

En esta posición aparecen sentimientos no conocidos: el duelo y la melancolía por el objeto bueno al ser vivenciado como perdido y destruido, la culpa provocada por el sentimiento de que perdió el objeto amado a causa de su propia destructividad.

El mecanismo de defensa más importante en la posición es la reparación. Desea reparar los daños causados a sus objetos en sus fantasías omnipotentes. Anhela restaurar, recuperar y reconstruir sus objetos de amor perdidos y regresarles la vida y la integridad. Como supone

que su destrucción se debe a sus propios ataques espera que sea amor y cuidados podrán reparar los efectos de su agresión.

“Al sentir el bebé que sus pulsiones y fantasías de destrucción están dirigidas contra la persona total de su objeto amado, surge la culpa en toda su fuerza y, junto con ella la necesidad dominante de reparar, preservar o revivir el objeto amado dañado”. (Klein, 2009: 83)

En la posición depresiva aparece el dolor psíquico del duelo. El lactante realiza actividades reparatorias dirigidas al Yo y al objeto. Las lleva a cabo por la preocupación y culpa que siente por los objetos destruidos en sus fantasías con el propósito de preservarlo y darle vida; intenta juntar lo hecho pedazos y reconstruir lo destruido.

En ella aparecen los procesos de sublimación y formación de símbolos. El bebé en su afán de proteger su objeto inhibe en parte sus impulsos destructivos y en parte los desplaza hacia otros sustitutos. La formación de símbolos se deriva de una pérdida, es un trabajo creativo que implica el dolor y todo el trabajo de duelo. La simbolización se relaciona con el proceso de duelo ya que permite recrear el objeto perdido dentro del Yo. Es una configuración psíquica que durante toda la vida se repite al estar en situaciones de pérdida ya sean externas o internas.

Los objetos buenos de la vida adulta simbolizan aspectos del primer objeto de amor interno y externo; por lo que las pérdidas en la edad adulta reactivan la ansiedad de perder el objeto interno bueno primario y con ella todas las ansiedades sentidas originalmente durante la posición depresiva. Es la pérdida de la madre como objeto amado la que se reedita con cada pérdida del adulto.

El rasgo normal del duelo es el establecimiento por parte del individuo del objeto amado y perdido dentro de sí, no está haciéndolo por primera vez, sino que a través del trabajo de duelo, está reinstalando ese objeto, así como todos sus objetos internos amados que siente haber perdido.

En las etapas tempranas de esta posición el superyó es sentido como muy severo y persecutorio. Conforme se elabora la posición el superyó va perdiendo sus aspectos terroríficos y se asemeja más a la de los padres buenos.

Cuando existen problemas en la elaboración de esta posición se produce un punto de fijación en ella que serán la causa de futuras perturbaciones depresivas en el adulto y de la enfermedad maniaco depresiva.

3. OTTO F. KERNBERG.

3.1. EL DESARROLLO DEL YO.

Las funciones de los aparatos autónomos primarios del ser humano como la percepción y la memoria (la capacidad de establecer huellas mnémicas) van a permitir el surgimiento de las introyecciones. La maduración y el desarrollo de las funciones yoicas primarias van a dar origen a las introyecciones. Éstas son el principal agente organizador de lo que en el futuro habrá de ser el yo. Los componentes afectivos de las introyecciones se caracterizan por su intensidad y el carácter abrumador de los afectos tempranos. Siendo la introyección la forma más primitiva de los sistemas de identificación, se le puede ver como un precipitante en función del cual se consolidan núcleos yoicos.

La valencia de la introyección y el tipo de fusión está definida por la cualidad dominante de los estados primitivos afectivos. Se produce una separación drástica entre las introyecciones de valencia positiva y las de valencia negativa. “Ahora bien, como el objeto tiene aspectos frustrantes tanto como necesitados, el yo debe dividirse para lidiar con cada uno de estos aspectos disociados del objeto malo” (Bleichmar, 2006:237). Al inicio la separación se debe a que las introyecciones ocurren en distintos momentos y a que el yo primitivo está incapacitado para integrar introyecciones con valencias contrarias. A decir de Kernberg (1979), esta “falla fisiológica” de capacidad de integración en el aparato psíquico da origen al mecanismo de escisión. Más tarde la separación aparece ante la presencia de una ansiedad abrumadora y en forma gradual es usada con fines defensivos por parte del yo incipiente.

Cuando las introyecciones han logrado cierto desarrollo como estructuras psíquicas son activamente disociadas con fines defensivos. En un principio el yo presenta solamente introyecciones positivas fusionadas. No existe separación entre los objetos parciales externos y sus representaciones mentales. Las introyecciones negativas son expulsadas y vividas como el no-yo. Parece ser que el primer estado yoíco es aquel en que los objetos interno buenos y los objetos externos buenos constituyen la primera organización defensiva del yo.

Según Kernberg (1979) el yo aparece como estructura psíquica cuando las introyecciones son utilizadas con fines defensivos, como una temprana organización defensiva contra la ansiedad abrumadora. La escisión como proceso activo de defensa llega a existir cuando las introyecciones han alcanzado su maduración (aproximadamente en el tercer mes de vida y desaparecen al principio del tercer año). La escisión patológica excesiva dificulta la integración de los afectos, la integración del sí-mismo y el desarrollo del mundo de las representaciones.

Kernberg (1979) sostiene que en el curso normal de la formación del yo llega un momento en que aparece la función sintética. Se integran las introyecciones e identificaciones positivas y negativas. Los afectos derivados de los impulsos agresivos son unidos con los afectos positivos derivados de los impulsos libidinales.

Se generan tensiones entre las autoimágenes contradictorias y surgen sentimientos de culpa y preocupación. El objeto que inicialmente era visto parcialmente ahora es un “objeto total”, bueno y malo a la vez. Se reconoce la propia agresión contra el objeto que inicialmente era visto como “malo”.

La fusión de las introyecciones e identificaciones de valencias opuestas habrá de generar la ansiedad. La ansiedad constituye un motivo básico para las operaciones defensivas del yo. Esta fusión va a producir una modificación de los componentes afectivos, dando lugar al desarrollo de la imagen del sí-mismo ideal y la imagen de un objeto ideal.

Siguiendo a Kernberg (1979), cuando la fusión es exitosa, comprende desde el nivel de introyecciones tempranas hasta el de las más tardías. Se integran todo tipo de introyecciones

e identificaciones en la identidad del yo, motivando la consolidación y expansión de las estructuras yoicas. La internalización de objetos peligrosos y frustrantes se debe al proceso continuo de las introyecciones y las proyecciones. Se funden las imágenes parentales prohibitivas introyectadas con los objetos ideales, dando origen al precursor del superyó. La fusión del sí-mismo ideal y de los objetos ideales conforma el ideal del yo.

Una parte de estas fusiones es integrada al yo y otra es reprimida. El sector reprimido del ello tendría una organización interna y una estructura específica conformada con autoimágenes, imágenes objetales y componentes instintivos inaceptables. Los sistemas de introyecciones e identificaciones rechazados constituyen el inconsciente dinámico. Más tarde se fusionan los núcleos superyoicos dando paso al desarrollo de un superyó organizado, que en forma gradual se vuelve más abstracto y “despersonalizado”.

Kernberg (1979) propone el siguiente modelo cronológico:

- La escisión como mecanismo activo aparece a los tres meses de vida y desaparece poco a poco en los primeros meses del tercer año.
- Los principales componentes del superyó se constituyen entre los dos y los cinco años.
- La integración de las estructuras yoicas superiores (el sí-mismo ideal, el objeto ideal, y el yo ideal) tiene lugar entre los cuatro y los seis años.
- La despersonalización y la abstracción del superyó se produce entre los cinco y los siete años.

3.2 ETAPAS DEL DESARROLLO DE LAS RELACIONES OBJETALES INTERNALIZADAS.

Kernberg (1979) propone cinco etapas para explicar el desarrollo de las relaciones objetales internalizadas. Ellas son:

PRIMERA ETAPA. AUTISMO NORMAL. (Primer mes de vida). Se forma gradualmente la representación primaria indiferenciada del sí-mismo-objeto. Se integra como consecuencia

de las relaciones gratificantes del bebé en su interacción con la madre. La fijación patológica en esta etapa deriva ulteriormente en la psicosis autista.

SEGUNDA ETAPA.- SIMBIOSIS NORMAL. (Del segundo al sexto u octavo mes de vida). El inicio de esta etapa está marcado por la consolidación de la imagen de sí-mismo-objeto “buena”, placentera, gratificante. Termina cuando las imágenes de sí-mismo y las del objeto han logrado una diferenciación estable, a partir del núcleo de representación conjunta “buena” sí-mismo-objeto.

Las estructuras innatas fisiológicas, la percepción, y los afectos, son internalizados conjuntamente, integrando la primera unidad de estructura psíquica. Las experiencias interpersonales tempranas, la saciedad oral, la excitación de las zonas erógenas, propician que los tempranos afectos placenteros indiferenciados evolucionen en dirección a un placer más específico.

Al mismo tiempo, los primitivos afectos dolorosos habrán de evolucionar gradualmente hacia la ansiedad, la rabia y el miedo. Después se favorece la “expulsión” de la vivencia “mala” sí-mismo-objeto, en tanto que la representación “buena” del sí-mismo-objeto se convierte en el núcleo del yo. La fijación patológica o la regresión a esta etapa se caracteriza por la incapacidad de definición de los límites yoicos, propia de la psicosis simbiótica infantil.

TERCERA ETAPA.- DIFERENCIACIÓN DEL SÍ-MISMO Y LAS REPRESENTACIONES OBJETALES. (De los 6-8 meses al 1.5 -3 años). Se caracteriza por la capacidad de integración de las representaciones “buenas y malas” del sí-mismo en un concepto total del sí-mismo, así como la capacidad de síntesis de las “buenas y malas” representaciones objetales en representaciones objetales totales. El principal logro es la constancia objetal.

El reconocimiento de la madre es la señal de que inicia la delimitación entre el sí-mismo y el no-sí-mismo y entre el sí-mismo y los objetos externos. Se asiste al inicio de la diferenciación de unos y de otros. En el primer momento los límites yoicos son frágiles y fluctuantes, llega a suceder una refusión de las representaciones “buenas” del sí-mismo y del objeto. Las

representaciones “buenas y malas” del sí mismo y las representaciones “buenas y malas” del objeto coexisten sin que se pueda conformar un concepto total de los objetos.

En el transcurso de este periodo, el mecanismo de la escisión mantiene activamente separadas las representaciones de sí-mismo y de los objetos de valencias opuestas, con el propósito de proteger la relación ideal con la madre en contra de las amenazas que surgen de las malas representaciones del sí-mismo y las malas representaciones del objeto materno. “La escisión es un mecanismo típico del yo primitivo. La principal intervención del mecanismo de la escisión tiene lugar antes de que el sí mismo se diferencie dentro del yo, de manera que lo escindido es el yo” (Kernberg, 1998:38).

Cuando el desarrollo de esta etapa se lleva a efecto en condiciones normales, los mecanismos disociativos disminuyen gradualmente hasta desaparecer. En situaciones patológicas se acentúan. La fijación patológica o la regresión a esta etapa del desarrollo de las relaciones objetales internalizadas, siguiendo a Kernberg (1979), definen la organización de la personalidad fronteriza. En este tipo de organización de la personalidad el objetivo esencial de los mecanismos de defensa centrados en la escisión es mantener separadas las estructuras intrapsíquicas de valencias opuestas. Lo que habrá de dificultar el desarrollo de la capacidad de síntesis del Yo.

Este autor afirma que esta etapa corresponde a la que Mahler (1973) denominó proceso de separación-individuación en su subfase de acercamiento. Ella sostiene que la resolución patológica de la subfase de acercamiento está vinculada con los estados fronterizos. En la organización de la personalidad fronteriza existe la incapacidad de integrar las representaciones del sí-mismo de valencia opuesta que refleje con mayor fidelidad el sí-mismo real. También muestra incapacidad para integrar las representaciones objetales de valencia opuesta, lo que habrá de impedir el desarrollo de la comprensión profunda de las otras personas. Esta incapacidad da origen a la aparición del Síndrome de Difusión de la Personalidad.

CUARTA ETAPA. INTEGRACIÓN DE LAS REPRESENTACIONES DEL SÍ-MISMO Y LAS REPRESENTACIONES OBJETALES. DESARROLLO DE LAS ESTRUCTURAS INTRAPSÍQUICAS SUPERIORES. (3 a 5 años).

Kernberg (1979) afirma que esta etapa se caracteriza por la integración de representaciones del sí-mismo de tono afectivo opuesto en un sistema definitivo de sí-mismo y por la integración de imágenes objetales de carga libidinal y agresiva en representaciones objetales totales.

Esta capacidad de integración modela los afectos y aumenta la capacidad de sentir culpa. El niño reconoce que su “maldad” se dirige hacia el mismo objeto que ama. Esta tensión dinámica da lugar a primitivos afectos depresivos ligados con sentimientos de culpa y preocupación por el objeto. Se desarrollan otras representaciones: las de un sí-mismo ideal y las de un objeto ideal.

Se produce una tensión dinámica entre el sí-mismo real y el sí-mismo ideal. Esta tensión produce en el yo una movilización regresiva de primitivos afectos depresivos. La tensión suscitada entre el sí-mismo real y el objeto real motiva tendencias progresivas y reales.

Siguiendo a Kernberg (1979) en el transcurso del tercer año de vida la represión se convierte en la principal operación defensiva del yo. Se observa un predominio de la represión sobre la escisión. “La represión consiste en el rechazo por parte del yo consciente, de un impulso, de su representación ideacional o de ambos. La represión consolida y protege al núcleo del yo y contribuye fundamentalmente a la definición de los límites yoicos” (Kernberg, 1998:37).

El predominio del mecanismo de defensa de la represión sobre la escisión separa el ello del yo. De tal suerte que pudiera decirse, según este autor, que recién inicia la existencia del ello como estructura intrapsíquica. El ello asume funciones que antes no existían separadamente. Antes los derivados instintuales libidinales y agresivos tenían acceso directo a la conciencia. Al consolidarse el ello como estructura intrapsíquica conjunta todas aquellas relaciones objetales internalizadas que resultan inaceptables por ser experiencias peligrosas, angustiantes y culpígenas, producto de las respectivas interacciones intrapsíquico e interpersonales. Se reprimen las imágenes del sí-mismo y objetales que se viven como perturbadoras y atemorizantes. El ello conserva, en un estado inmodificado, primitivas e irreales representaciones del sí-mismo y del objeto. Por tal motivo el desplazamiento y la condensación caracterizan al ello.

Continuando con las afirmaciones de este autor, en esta etapa aparecen los tempranos precursores del superyó. La primera estructura superyoica tiene su génesis en la internalización de imágenes de objetos que se fantasean como muy peligrosos e irreales. Reflejan “malas” representaciones del sí-mismo y del objeto, las cuales son “expulsadas” proyectadas y reintroyectadas.

Estos precursores tienen un origen sádico. La segunda estructura del superyó tiene su origen en el sí-mismo ideal y las representaciones de objeto ideales del yo. El núcleo del ideal de yo se forma con las representaciones mágicas de los ideales del sí-mismo y del objeto. Los precursores de origen sádico y el primitivo ideal del yo se integran. El superyó habrá de recorrer el mismo proceso que en su integración realizó el yo. En esta etapa se desarrollan y evolucionan: el yo, el ello y el superyó como estructuras intrapsíquicas. Se instala la identidad del yo. En ella se consolida el concepto del sí-mismo y del mundo de las representaciones objetales.

La patología típica de esta etapa es la neurosis, la histeria, el carácter obsesivo-compulsivo y el depresivo-masquista. Hacen su aparición los conflictos patógenos entre el yo y el superyó.

QUINTA ETAPA. CONSOLIDACIÓN DE LA INTEGRACIÓN DEL SUPERYÓ Y EL YO.

La integración del superyó promueve una mayor integración de la identidad del Yo. El Yo evoluciona gracias a la remodelación constante de las experiencias con los objetos externos en presencia de las representaciones de los objetos internos. A mayor integración de las representaciones objetales, mayor es la capacidad de realizar una apreciación realista de los demás y mayor la capacidad de remodelar las propias representaciones internas.

Un mundo de representaciones objetales internalizadas armonioso propicia la construcción de un mundo interno en constante crecimiento, que promueve el desarrollo de la capacidad de confirmación, de dar apoyo y amor. Los recursos internos con que cuenta el ser humano le habrán de permitir enfrentar las experiencias de fracaso, de pérdida, de abandono, de soledad. La persona podrá recurrir a la fantasía de pasadas relaciones internalizadas con

objetos buenos para poder elaborar este tipo de experiencias dolorosas. La evocación de estas relaciones internalizadas le proporcionan una confianza básica.

En las personalidades fronterizas y narcisistas se aprecia el fracaso en el desarrollo normal de las relaciones objetales internalizadas. Presentan dificultades para evocar sus relaciones interpersonales con personas reales de su pasado. Situación que experimenta como una sensación de vacío. Esta vivencia genera que estas personalidades requieran de enfocarse exclusivamente en las experiencias interpersonales actuales e inmediatas para entender las situaciones interpersonales.

Cuando el individuo alcanza la madurez emocional es capaz de discriminar las partes más sutiles de su personalidad y la de las demás personas.

Se vuelve más selectivo en la aceptación e internalización de las cualidades de los demás. A mayor conocimiento de su personalidad mayor conocimiento podrá tener acerca de los demás.

3.3. MECANISMOS DE INTERNALIZACIÓN DE RELACIONES OBJETALES.-

De conformidad con Kernberg (1979) la teoría psicoanalítica de las relaciones objetales se centra en la conformación de representaciones intrapsíquico diádicas o bipolares (imágenes objetales e imágenes de sí mismo) producto de la primitiva relación madre-hijo y su ulterior desarrollo en relaciones externas interpersonales. “Para Fairbairn la libido es buscadora de objetos, no de placer” (Bleichmar, 2006:252).

Siguiendo al primer autor existen tres niveles del proceso de internalización de las relaciones objetales: las introyecciones, las identificaciones y la identidad del yo. Todas ellas constan de las componentes siguientes: a) representaciones objetales, b) representaciones de sí mismo y c) derivados instintivos a determinados estados afectivos.

El nivel básico más primitivo de los procesos de internalización es la introyección. Es la reproducción y fijación de una interacción con el medio. Consta de los componentes arriba expresados. El matiz afectivo es un aspecto esencial de ella. La introyección depende de la

percepción y de la memoria. Se vincula la percepción “externa” con la percepción de primitivos estados afectivos. Al principio no existe diferenciación entre las autoimágenes y las representaciones objetales. Siguiendo a Spitz (1965) el primer organizador de la psique, “la reacción de sonrisa recíproca”, observable a los tres meses, corresponde a este nivel de internalización.

El matiz afectivo dará lugar a la valencia activa de la introyección. Las introyecciones que tienen lugar producto de la gratificación del impulso libidinal, como el contacto amoroso entre la madre y el bebé, da origen a la valencia positiva. Las que tienen su origen en los derivados instintivos agresivos tienen lugar bajo la valencia negativa. En el proceso de fusión de las introyecciones, éstas fusionan las de valencia positiva con las de valencia positiva, las de valencia negativa con las negativas, las autoimágenes con otras autoimágenes, las representaciones objetales con otras representaciones objetales. Lo que contribuye al inicio del proceso de diferenciación entre el sí mismo y el objeto y la definición de los límites yoicos.

La identificación es una forma superior de introyección. Tiene lugar cuando las capacidades perceptivas y cognitivas del bebé le permiten reconocer los roles en una interacción interpersonal (en los últimos meses de primer año de vida y el transcurso del segundo). La identificación lleva consigo la internalización de los roles. Entendido el rol como la presencia de una función socialmente reconocida, la cuál es llevada a cabo por el objeto o ambos participantes en la relación interpersonal. El bebé aprende los roles de la madre y en algún momento los va a re actuar. La matriz de las identificaciones son las conductas del bebé que imitan las conductas de la madre.

Las identificaciones se caracterizan por: 1) la existencia de la imagen de un objeto que ha adoptado un rol en su interacción con el sí mismo; 2) la imagen del sí mismo se presenta más diferenciada, 3) el matiz afectivo de la relación interpersonal es menos intensa y más diferenciada.

Para Kernberg (1979), el más alto nivel de organización del mundo de las relaciones objetales está representado por la identidad del yo. Es la organización general de las introyecciones y las identificaciones en base al principio orientador de la función sintética. Las identificaciones

y las introyecciones son estructuras del aparato psíquico en general, en tanto que la identidad del yo es una estructura característica del yo.

El desarrollo de la identidad del yo es muy complejo. Las relaciones objetales son continuamente internalizadas. Van siendo “despersonalizadas” e integradas en niveles superiores de estructuras yoicas. Se organizan formando imágenes objetales perdurables, llegando a representar internamente el mundo externo. Estas representaciones con los años sufren modificaciones importantes en virtud del crecimiento del yo y las relaciones ulteriores.

Siguiendo a Kernberg (1979), en el curso normal de la formación de la identidad las primitivas identificaciones son sustituidas gradualmente por identificaciones sublimadas, parciales y selectivas, bajo la influencia de una identidad del yo bien integrada. El mundo de las representaciones objetales cambia gradualmente y refleja las percepciones externas de la realidad de los objetos de mayor significación. Sin embargo nunca podrán llegar a ser una copia fiel del mundo real. En la identidad del yo se observa la consolidación de las estructuras yoicas. La organización de las imágenes objetales, producto de las introyecciones e identificaciones, adquieren una concepción global coherente del “mundo de los objetos”.

En circunstancias patológicas la persistencia de tempranas introyecciones “no metabolizadas” se deben a una fijación patológica de tempranas relaciones objetales gravemente distorsionadas. La fijación está vinculada con el desarrollo patológico de la escisión.

4. EL PROCESO DE LA ADOLESCENCIA

4.1. LA ADOLESCENCIA NORMAL.

Según el psicoanálisis en el desarrollo de la sexualidad existen dos periodos de singular importancia: la niñez temprana y la pubertad. Ambas fases aparecen bajo el tutelaje de las funciones fisiológicas: la lactancia y la maduración sexual. La infancia está gobernada por el principio del placer-dolor. Los padres desempeñan la función de regular la angustia y de ahí

pasa al dominio del niño. Éste encuentra nuevas formas de manejar su angustia en las actividades lúdicas con contenido de fantasía.

Alrededor de los seis meses inician los primeros intentos del proceso de separación-individuación. La diferenciación entre la realidad interna y la externa, del yo y el no-yo, la disminución de la dependencia de la madre por parte del niño, son característicos de este proceso. “La alternancia de exigencias de cercanía y de autonomía, se calmaban, cuando menos por un tiempo, pues cada niño parecía una vez más alcanzar la distancia óptima respecto de su madre, la distancia a la cual su funcionamiento era óptimo”(Mahler, 1977: 118).

El niño de cuatro o cinco años aspira a ocupar el papel de su padre. Cree que al apoderarse del rol del padre del mismo sexo, también lo hará de sus atributos. Atributos que admira y envidia. Sin embargo la realidad le hace abandonar su aspiración.

El periodo que se ubica entre el temprano florecimiento de la sexualidad infantil y la sexualidad puberal genital se le denomina: latencia. Entre los cinco y los diez años no surgen nuevas metas sexuales. El niño adquiere fuerza y competencia para manejar la realidad y los instintos. Mediante la sublimación enfoca sus intereses hacia el aprendizaje y la vida en grupo, llevándolo más allá de los límites de la familia.

A decir de Blos (1979) los complejos problemas de la adolescencia están contruidos sobre los antecedentes que se ubican en la niñez temprana. La transición a la adolescencia es desordenada y nunca en línea recta, exige el paso con éxito de la latencia. La adolescencia es irregular en su aparición, duración y terminación de la pubertad. No existe acuerdo en ¿cuándo un individuo deja de ser un niño, o deja de ser adolescente y se convierte en adulto? “Es complicado fijar la duración de la adolescencia, así como las etapas que la constituyen; es necesario recalcar que forma parte de la primera fase del curso de la vida del ser humano” (González, 2001:2). También legalmente existen diferencias para considerar la mayoría de edad, la edad para casarse, para obtener una licencia de manejo, etc.

La adolescencia está caracterizada por cambios anatómicos, fisiológicos, mentales y emocionales que afectan el desarrollo de sus intereses, su conducta social y la cualidad de su

vida afectiva. “Aquí son de fundamental importancia los procesos de duelo con respecto al cuerpo infantil perdido, que obligan a una modificación del esquema corporal y del conocimiento físico de sí mismo” (Aberastury, 2007: 49).

En relación a la precocidad o retardo en el desarrollo Stolz (1951, citado por Blos, 1979) afirma: la precocidad contribuye a la mala adaptación y se transita con rapidez. En los tardíos aparece la inseguridad emocional y transitan por su proceso de maduración paso a paso. Las jóvenes crecen aceleradamente entre los nueve y los doce años, los jóvenes entre los once y los catorce. El patrón de crecimiento del individuo no es uniforme en todo su cuerpo. El incremento en el tamaño del cuerpo puede no ser paralelo con su incremento en el grosor. Las características sexuales primarias pueden diferir del desarrollo de las secundarias. Blos (1979) le llama *crecimiento asimétrico* a la falta de uniformidad en el desarrollo físico.

Este crecimiento va acompañado de cambio en la autoimagen corporal y una reevaluación del ser ante los nuevos poderes y sensaciones físicas, de dificultad de adaptación física y mental del individuo. “La prueba de realidad del crecimiento de su cuerpo podría verbalizarse así: no soy un niño. He perdido mi condición de niño; mis padres no son los padres de un niño, sino los padres de un adulto; yo tengo que comportarme como un adulto, tal como mi cuerpo” (Aberastury, 2007: 113)

Existe, en el adolescente, una preocupación por su *normalidad fisiológica*. Se presentan variaciones, en las niñas, en su ciclo menstrual y el crecimiento de los senos.

En los niños existen variaciones de desarrollo genital, cambio de voz y vello facial. El desarrollo físico, con frecuencia, toma rasgos característicos del sexo opuesto.

Esta situación es fuente de preocupación y de efectos perturbadores en los niños y en los padres, más que en las niñas. La pubertad con frecuencia va acompañada de síntomas físicos: el acné, piel desfigurante, algunas formas de dismenorrea, obesidad. “El adolescente vive estos cambios corporales como perturbadores. La incoordinación muscular, la falta de similitud con los que lo rodean en el medio familiar, despiertan en el adolescente

sentimientos de extrañeza e insatisfacción. Esto contribuye a crear un sentimiento de despersonalización” (Aberastury, 2007: 56).

Según Blos (1979) en la adolescencia asistimos a un segundo paso en la individuación, el primero se da al final del segundo año de vida, cuando nos enfrentamos al dilema entre ser y no ser.

En la adolescencia se lleva a cabo una profunda reorganización del yo y de las posiciones de la libido. Las necesidades emocionales significativas y los conflictos de la niñez temprana deben ser recapitulados antes de que se encuentren nuevas respuestas con metas instintivas diferentes. Los procesos regresivos permiten la reconstrucción de desarrollos tempranos defectuosos o incompletos.

La individuación del adolescente pasa por etapas de autoconciencia y de existencia fragmentada y se acompaña de sentimientos de aislamiento, soledad y confusión. Crea un sentido de urgencia, miedo y pánico.

En la adolescencia se viven las más profundas experiencias del ser humano: la entrada llena de temor y júbilo a una nueva vida y la lenta separación de las ligas emocionales de la familia. “La vida del adolescente ahora es muy intensa, más profunda y con mayores horizontes: los deseos edípicos y sus efectos correspondientes resurgen. Los celos, la envidia y la culpa reaparecen, y los conflictos internos sobre la identidad alcanzan su máximo desarrollo” (González, 2001: 12)

¿Y cómo saber que el término de la adolescencia llegó? Anderson (1956, citado por Blos, 1979) dice: que al final del proceso adolescente; la infancia retrocede hacia la historia, por primera vez se toma conciencia de la necesidad de la unión familiar, del temor al abandono, a la soledad, de que uno envejece y muere. Los conflictos pierden su cualidad perturbadora, ya sea que se estabilicen, o se consoliden como síntomas permanentes o desórdenes de carácter.

Peter Blos (1979) sostiene que las fases del periodo de la adolescencia con frecuencia son contradictorias en su dirección, alternan procesos de regresión, progresión y digresión. Se observan mecanismos de adaptación y defensivos entretejidos.

La duración de las fases no puede determinarse en función del tiempo o en referencia a la edad cronológica. Sin embargo existe una secuencia evolutiva ordenada en términos de desarrollo psicológico, por lo que puede describirse en términos de fases, más o menos diferenciadas. El adolescente puede transitar por ellas con gran rapidez o puede elaborarlas en variaciones interminables. “Para hablar del adolescente es útil especificar que, si bien la adolescencia es ese periodo de la vida que oscila entre la niñez y la edad adulta, no existe solo una adolescencia, más bien, la teoría contempla varias adolescencias” (González, 2001: 8)

Blos (1979) se apoya en los puntos de vista genético y evolutivo para realizar sus investigaciones en relación con el proceso de la adolescencia. Las secuencias evolutivas que propone le permiten definir las fases de este periodo y sus características en cuanto al desarrollo. Su propuesta integra las fases siguientes: *preadolescencia, adolescencia temprana, adolescencia propiamente dicha, adolescencia tardía y postadolescencia*. La formulación de las fases se apoya en el estudio de la regresión que siempre se produce en la adolescencia. Percibe la regresión en forma normativa. De la capacidad de regresión depende el avance del proceso adolescente. Blos (1979), la denomina “*regresión al servicio del desarrollo*”. La desvinculación de los objetos infantiles interiorizados se alcanza gracias a la regresión. Para llegar a la adultez se requiere de un rodeo regresivo. “Las regresiones temporarias son características de un desarrollo sano, mientras que las permanentes están asociadas con desarrollos anormales” (Freud, A. 1992:160)

Blos (1979) en sus estudios sobre la adolescencia parte del principio psicoanalítico: *para comprender el comportamiento humano, en cualquier fase, es necesario relacionarlo con los acontecimientos precedentes*.

La adolescencia incluye elementos de las fases de desarrollo previo. El requisito para ingresar a la adolescencia exige la consolidación del periodo de latencia. Considera a la adolescencia *como un segundo proceso de individuación*. El emerger desde la familia hacia el mundo adulto. Es un proceso de desasimilación de los objetos de amor primario, de las figuras parentales primarias. El primer proceso de individuación se completa con la constancia objetal, alrededor de los tres años.

No obstante que Blos contempla la preadolescencia, adolescencia temprana, adolescencia propiamente dicha, adolescencia tardía y postadolescencia como etapas de la adolescencia. En este trabajo se incluyen únicamente la adolescencia tardía por ser la etapa específica donde se ubica a la paciente cuando ésta ingresó a tratamiento psicoterapéutico y la postadolescencia que corresponde a la etapa que transitaba cuando se terminó dicho tratamiento.

4.2. ADOLESCENCIA TARDIA.

De acuerdo con Blos (1979) en la adolescencia tardía el aparato psíquico que sintetiza todos los procesos de los adolescentes los vuelve estables, irreversibles y adaptativos. La fuente de los fenómenos residuales que sobreviven de una fase a otra contribuye con su parte para la formación del carácter. Siempre se llevan a la vida adulta remanentes específicos no asimilados. Estos habrán de ejercer una demanda continua que se expresa en la organización de la personalidad.

En la consolidación del carácter en esta fase es necesario incluir el problema del trauma. El término trauma es relativo. Depende de la magnitud y de lo imprevisto del estímulo, y de la vulnerabilidad del aparato psíquico. “La significación traumática de un acontecimiento no queda determinada en el momento en que éste ocurre, sino que es en el curso ulterior de la vida el que parece decidir si una experiencia ha de ser traumática o no” (Freud, A. 1992: 60).

Los efectos posteriores al trauma propician de algún modo situaciones de vida que repitan la original, una tendencia a la repetición compulsiva. A este respecto Freud (1939) afirma que los efectos de un trauma tienen dos caras: una positiva, expresada por los intentos de revivir el trauma, de hacerla real. Se revive en un contacto análogo con otra persona.

Se ejerce una fuerza extraordinaria para llevar a efecto un acuerdo con los residuos nocivos mediante la reactivación constante en el medio ambiente. Estos intentos se resumen en términos de *fijación al trauma y compulsión a la repetición*. Otra negativa: nada debe recordarse o revivir el trauma olvidado. Se tornan en reacciones defensivas. El trauma residual provee la fuerza que promueve las experiencias no integradas de la vida mental,

para su posible dominio o integración del yo. Los conflictos infantiles no desaparecen al final de la adolescencia, se transforman en yo-sintónicos. Los conflictos instintivos tienen una resolución incompleta. Las tentativas de dominio del yo-sintónico de un trauma residual incrementa la autoestima.

La adolescencia tardía según Blos (1979) se caracteriza por:

- Declinación del complejo de Edipo y la estructuración del super-yo. No existe una resolución total de los conflictos infantiles. Los residuos de fijaciones y represiones saltan a la vida en forma de derivados, retan al yo y le requieren esfuerzos constantes para dominar estas influencias perturbadoras.
- La transformación de los residuos edípicos en modalidades yoicas altamente idiosincráticas como: el trabajo, valores, lealtades y el amor.
- La presencia de una resolución incompleta de los conflictos instintivos.
- Una función sintética y restauradora del yo. Aceptación de las tres antítesis de la vida mental: objeto-sujeto, activo-pasivo y placer-dolor.
- Aparecen preferencias vocacionales, recreativas y devocionales.
La identidad sexual adopta su forma final. Según Spiegel (1958) de los 18 a los 20 años.
Los fracasos adaptativos toman su forma final. Erikson (1956) afirma que el quiebre se presenta ante el fracaso de establecer la identidad del yo. Brierly (1951) sostiene que el quiebre está relacionado con los objetos distorsionados internalizados.
- La consolidación de la adolescencia tardía se puede explicar en términos de síntesis yoica o esfuerzos abortivos para superar la crisis adolescente, de adaptación positiva o negativa a condiciones endopsíquicas o del medio ambiente.
- Se consolida la predisposición a tipos específicos de relaciones amorosas. Tendencia a la identificación con las figuras paternas.
- Se solidifica el carácter. Prevalece cierta constancia en las formas que escoge el yo para resolver los problemas.
- Mayor capacidad para el pensamiento abstracto, para la construcción de sistemas y modelos. El pensamiento y la acción se amalgaman.

- La fijación de roles de interacción entre el sujeto y el medio ambiente.

Los fracasos para dominar la realidad interna y externa pueden llevar a fracasos reiterativos, *malogro de la adolescencia*, o a adaptaciones neuróticas, *adolescencia incompleta*.

El malogro de la adolescencia se caracteriza por:

- 1) Un aparato defectuoso (yo).
- 2) Una capacidad deteriorada para el estudio diferencial.
- 3) Proclividad a la ansiedad traumática (pánico a la pérdida del yo). Aquí se contemplan casos limítrofes, psicóticos y esquizofrénicos.

En la adolescencia incompleta se presentan:

- 1) Perturbaciones en los sistemas.
- 2) Bloqueos al aprendizaje diferencial (todo tipo de inhibiciones).
- 3) Evitación a la ansiedad conflictiva (formación de síntomas).

Kernberg (1984) afirma que los pacientes limítrofes que se encuentran al final de la adolescencia no lograron cumplir con las tareas del desarrollo de la misma. “Los fracasos del desarrollo no permitieron consolidar un sentido de identidad del yo, reconfirmar una identidad sexual normal, predominantemente heterosexual, aflojar las ataduras a los padres, reemplazar las regulaciones infantiles del superyó con un sistema relativamente abstracto, firmemente internalizado”. (Kernberg, 1995: 120).

4.3. POSTADOLESCENCIA.

A decir de Blos (1979) el postadolescente busca armonizar los componentes de su personalidad. Se caracteriza por el logro del desarrollo de la personalidad. La integración se acompaña de la actividad del rol social, el enamoramiento, el matrimonio, la paternidad y la maternidad. “La persona queda al fin integrada en esta etapa de la adolescencia a su rol

social, a la estabilidad de un enamoramiento y la decisión de comprometerse con una pareja” (González, 2001: 14).

El desarrollo de la personalidad no se detiene con la terminación de la adolescencia. Los conflictos no son resueltos en medio alguno, se tornan específicos y algunos de ellos permanecen en el yo como tareas de vida. El desarrollo psicosexual de la mujer solo termina con la maternidad. Según Benedeck (1958, citado por Blos, 1979), la maternidad facilita la resolución de conflictos residuales instintivos, narcisistas y del superyó. Las relaciones permanentes, los roles y selecciones del medio ambiente se vuelven más importantes.

Durante este periodo aparece la personalidad moral. Da prioridad a la dignidad personal a la autoestima. El yo ideal se transforma en el heredero de los padres idealizados de la infancia. Asume la función reguladora del superyó. Se deposita la confianza en el ser. Se realizan todo tipo de esfuerzos con el fin de sostener el sentido de dignidad y autoestima. A esta fase Erikson (1956, citado por Blos, 1979) la denomina como *moratoria psicossocial*. La define como la experimentación por parte del sujeto de un rol libre, que le permitirá encontrar un nicho en algún estrato de su sociedad. “Donde no se requieren roles específicos y se permite experimentar con lo que la sociedad tiene que ofrecer con el fin de permitir la ulterior definición de la personalidad” (Aberastury, 2007: 51).

Siguiendo a Blos (1979) un fracaso en la progresión de los estados del desarrollo puede ser debido a:

- Un prerrequisito de desarrollo insuficientemente completado.
- A un obstáculo que evita el cumplimiento del desarrollo.
- La falta de logro de una organización de un ser estable.
- El impedimento de la integración de esfuerzos diversos y contradictorios.

Un atolladero evolutivo típico de este periodo, según Blos (1979), a lo que llamó *la fantasía de rescate*. En ella, en lugar de vivir para dominar las tareas de la vida, el adolescente espera que las circunstancias de la vida dominen la tarea de vivir. Espera que la solución del conflicto sea resuelto por la existencia de un entorno benéfico. Espera ser rescatado por una persona, por circunstancias, por privilegios, por buena fortuna o suerte. El fracaso estriba en

la expectativa de que su cumplimiento vendrá de la influencia beneficiosa de las circunstancias. El trauma se ha internalizado y se espera su dominio, como si fuera un pago reparatorio del mundo externo. Busca la gratificación que justamente se le debe; pero que un mundo hostil le niega injustamente. Erikson (1956, citado por Blos, 1979) estudia esta fantasía y la denomina *difusión de identidad e identidad yoíca negativa*.

En la postadolescencia se produce un esfuerzo continuado para llegar a un acuerdo con las actitudes e intereses del yo parental. Su importancia reside en su aportación para la formación del carácter. Nada puede lograrse sin que uno se haya puesto de acuerdo con el padre, mejor dicho, con su imagen o representación objetal. Para integrar los intereses y actitudes yoícas del padre del mismo sexo el postadolescente habrá de enfrentar una lucha formidable. Si el hombre joven quiere alcanzar la madurez, tiene que hacer la paz con la imagen paterna y la mujer joven con la imagen materna. “La presencia internalizada de buenas imágenes parentales, con roles bien definidos y una escena primaria amorosa y creativa, permitirá una buena separación de los padres, un desprendimiento útil y facilitará al adolescente su pasaje a la madurez” (Aberastury, 2007: 99).

De acuerdo con Blos (1979) en este periodo se produce la aceptación y resistencias a las identificaciones. Los jóvenes adultos se vuelven selectivos, positiva o negativamente, por identificación o contraidentificación; pero definitivamente orientados hacia las figuras paternas. “Las figuras parentales están internalizadas, incorporadas a la personalidad del sujeto y éste puede iniciar su proceso de individuación” (Aberastury, 2007: 58). Con frecuencia se puede observar que actitudes, rasgos y tendencias yoícas parentales se transforman en atributos de personalidad duraderos en los hijos adultos. La identificación o contraidentificación con el objeto se producen en relación con cualidades y aspectos del objeto. Jones (1913, citado por Blos, 1979) en su *fantasía de la reversión de las generaciones* afirma: siempre existe una trasferencia del padre al niño del mismo sexo. La personalidad del niño es moldeada o distorsionada por el esfuerzo de imitar a los padres y sus ideales.

El típico adolescente rebelde se vuelve contra sus objetos tempranos de amor en un intento por separarse y también en contra de la realidad y moralidad que ellos le impartieron. Más tarde se da un proceso de aceptación o de afirmación de las instituciones sociales y la

tradicón cultural en la que aspectos componentes de las influencias parentales parece que se vuelven inmortales.

PULSIÓN DE MUERTE

El concepto de pulsión de muerte ha despertado apasionados debates entre los analistas postfreudianos. Se observan en sus propuestas puntos de convergencia y fuertes contradicciones, de encuentros y desencuentros. Coinciden en que este concepto es indispensable en el trabajo clínico.

Las pulsiones son un proceso dinámico. Exigencias fundamentales que empujan al organismo a la consecución de un fin. Son fuerzas provenientes del ello que atacan al organismo desde el interior y lo empujan a efectuar actos que pueden provocar una descarga de excitación. Freud (1915) propone la composición de las pulsiones por 4 elementos: empuje, fuente, objeto y fin. El empuje está representado por la carga energética. Su fuente es la excitación corporal y su fin la supresión del estado de tensión. La pulsión logra su fin gracias al objeto. “llamamos pulsiones a las fuerzas que suponemos tras las tensiones de necesidad del ello. Representan los requerimientos que hace el cuerpo a la vida anímica” (Freud, 1937, Obras Completas, Vol. 23: 146).

La teoría dualista es fundamental en el pensamiento freudiano (energía libre – energía ligada, principio de placer – principio de realidad, proceso primario – proceso secundario, etc). Freud (1920) en Más allá del principio del placer, en su teoría del Dualismo Pulsional opone pulsión de vida y pulsión de muerte. Eros y la pulsión de muerte constituyen en conjunto un sistema binario específico donde uno no puede existir sin el otro. “Tras larga vacilación y oscilación nos hemos resuelto a aceptar solo dos pulsiones básicas: Eros y pulsión de destrucción” (Ibid).

Freud relaciona la pulsión de vida con el concepto de ligazón. Como la tendencia de conservar las unidades vitales existentes y la construcción a partir de éstas de unidades más amplias. Su finalidad es el establecimiento de unidades cada vez mayores. La pulsión de vida funciona según el principio de energía ligada. Su meta es la síntesis, la construcción de

enlaces. Tiende a la unión. Su objeto fuente es un objeto total. “La meta es producir unidades cada vez más grandes y así, conservarlas o sea, una ligazón” (Ibid).

En la teoría freudiana la pulsión de muerte se relaciona con los principios de: compulsión a la repetición y nirvana. Como una tendencia primaria del organismo a la reducción completa de tensiones. El instinto de muerte como una pulsión que empuja al retorno a lo inorgánico. Como un proceso en lucha entre la vida frágil del ser humano y la naturaleza inorgánica que busca la paz del hombre.

La pulsión de muerte funciona según el principio de la energía libre, no ligada. Su meta, la descarga total de la excitación (principio cero), mediante la aniquilación, la destrucción del objeto. Es hostil al Yo. Tiende a la desunión “la pulsión no tiene sino una manera de alcanzar el nivel cero: la descarga completa” (Laplanche, 1988:33).

Freud afirma que existe un desvío de la destructividad del sí mismo hacia el exterior. Que se establece una negociación con el instinto de muerte para desviarlo y dirigirlo contra los objetos. La pulsión de muerte en primera instancia se dirige hacia el interior y tiende a la autodestrucción. Secundariamente se dirige al exterior, se expresa en forma de pulsión agresiva y destructiva.

Se produce una primacía de la autoagresión sobre la agresividad dirigida contra el otro (heteroagresión) la muerte del individuo mismo y en forma secundaria la muerte infringida al otro. “La muerte mentada en la pulsión de muerte no es la muerte del organismo sino la muerte de este “organismo” que en el ser humano, representa los intereses del organismo biológico, es decir, el Yo” (Laplanche, 1988: 19).

Los analistas postfreudianos como se citó con anterioridad, tienen puntos de convergencia y divergencia sobre el concepto de pulsión de muerte. Klein (1957) afirma que la pulsión de muerte es vivida en los albores de la vida como una amenaza de aniquilación dentro del organismo, lo que motiva su proyección al exterior, dando origen a la construcción de la relación de objeto.

Introduce el concepto de la agresividad intrínseca del ser humano. Lo explica como algo inherente a la naturaleza humana, como una lucha interna, que inicia con la vida, entre los sentimientos de amor y odio.

Postula la teoría de la envidia primaria. La envidia primaria está impregnada de la pulsión de muerte ya que ataca la fuente de la vida. Es una exteriorización de la pulsión de muerte. El bebé siente que el pecho bueno es la fuente de toda la bondad y por envidia lo ataca proyectándole las partes malas y dañinas.

Segal (1988) lo define como la tendencia a aniquilar, como una necesidad de aniquilar al sí mismo y al objeto percibido. Como un deseo de retornar al vientre materno. Este retorno lo describe como un dolor, como un sufrimiento psíquico. Señala que cuando opera el instinto de muerte siempre lo acompaña el dolor. La aniquilación es una expresión del impulso de muerte.

Laplanche (1988) relaciona la pulsión de muerte con el principio de energía desligada. La describe como el ataque interno por objetos estimulantes y peligrosos para el Yo.

Recherdt (1988) afirma que la pulsión de muerte es una lucha activa permanente obstinada por recuperar un estado de paz conocido anteriormente. Es un esfuerzo por deshacerse de lo que es vivido como perturbador.

La muerte como forma de encontrar la paz. La destructividad como medio para alcanzar la muerte. Su meta alcanzar la paz a toda costa. Busca eliminar lo que aumenta la tensión y reducir esta tensión, debido a la no ligazón, a su mínimo. La libido no ligada y sin meta es perturbación.

Por su parte Ikonen (1988) considera la pulsión de muerte como una fuerza de eliminación. Las representaciones psíquicas elementales de esta pulsión son:

la disociación, la inmovilización y la inhibición. Los afectos característicos de la pulsión de muerte son: ira, odio, angustia, envidia, venganza y sentimiento de vacío.

6. TRANSTORNOS DE LA PERSONALIDAD

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) 1995. Define al trastorno de la personalidad como un patrón persistente de formas de pensar sentir y comportarse.

Patrón que se aleja ostensiblemente de lo esperado por la cultura del sujeto. Puede iniciar en la adolescencia o al comienzo de la edad adulta.

Se caracteriza por producir malestar o perjuicios y tener un carácter estable a lo largo del tiempo.

Para su estudio se han integrado en tres grupos, atendiendo a sus similitudes en sus características. Ellos son:

1. El grupo A lo forman: los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico de la personalidad. Estos sujetos suelen ser raros o excéntricos.
2. El grupo B lo integran: los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista. Los sujetos pueden parecer dramáticos, inestables, emotivos.
3. El grupo C incluye: los trastornos por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo de la personalidad. Las personas que lo aquejan dan la apariencia de estar temerosos o ansiosos.

Los rasgos de personalidad son patrones persistentes de formas de pensar, percibir y relacionarse con su entorno y sobre uno mismo. Éstos se consideran trastornos de personalidad solo cuando son: desadaptativos e inflexibles.

Provocan malestar clínicamente significativo, deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la vida del sujeto. El patrón es estable y de larga duración.

6.1 TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

(Punto de vista psiquiátrico)

1.-Características diagnósticas. De acuerdo con el DSM-IV (1995) la característica esencial es un patrón general de inestabilidad en sus relaciones interpersonales, la afectividad, y la autoimagen. Se observa una gran impulsividad. Realizan grandes esfuerzos para evitar el abandono, ya sea que éste sea real o imaginario. La posibilidad de rechazo, pérdida o abandono les ocasionan cambios sensibles en la autoimagen, el comportamiento, la afectividad y el comportamiento. Estos sujetos experimentan intensos temores e ira inapropiada. Los temores están relacionados con la intolerancia a estar solos.

Los sujetos con este trastorno observan un patrón de relaciones interpersonales intensas e inestables. Llegan a idealizar a quienes se interesan y ocupan de ellos. Con facilidad pasan de idealizarlos a devaluarlos, ya que suponen que nos les prestan la atención y tiempo que requieren. Son susceptibles de cambios dramáticos en relación a su opinión sobre los demás. Pueden en un momento ser apoyo y en otro cruelmente punitivos. Los cambios bruscos de la autoimagen se expresan por cambios en los objetivos, en la escala de valores, aspiraciones profesionales, identidad sexual y tipo de amistades. Pueden presentar un bajo rendimiento escolar o laboral.

Las personas con trastorno límite muestran impulsividad en diversas áreas que resultan peligrosas para ellos. Entre ellas: abuso de sustancias, conducir temerariamente, involucramiento en prácticas sexuales no seguras, apostar, gastar dinero en forma irresponsable. Muestran comportamientos, intentos o amenazas suicidas. Se aburren con facilidad, están en la búsqueda de algo que hacer. Son víctimas de sentimientos crónicos de vacío. Presentan explosiones verbales y de ira injustificada, sarcasmo extremo y amargura persistente.

2.- Síntomas y trastornos asociados.- Con frecuencia, en la historia de su infancia, se observan malos tratos físicos y sexuales, pérdidas tempranas o separación de los padres, negligencia en su cuidado y conflictos hostiles. Llegan a presentar un patrón de infravaloración de sí mismos cuando están por alcanzar un logro importante como la

destrucción de una buena relación, suspensión de estudios o pérdida de trabajo. Cuando está asociado un trastorno del ánimo o por abuso de sustancias se puede producir la muerte prematura por suicidio. Otros síntomas asociados a este trastorno pueden ser: trastornos de conducta alimentaria, por estrés, y por déficit de atención con hiperactividad.

3.- Diagnóstico diferencial.- Puede llegar a confundirse el trastorno límite de la personalidad con otros trastornos por poseer características similares. Por consiguiente es de suma importancia discriminar estos trastornos con base en sus rasgos característicos. En el trastorno histriónico se observa la búsqueda de atención, emociones cambiantes y un comportamiento manipulativo al igual que el trastorno límite. Solo que en éste último se presentan, además, rupturas airadas de relaciones interpersonales, autodestructividad y sentimientos crónicos de soledad y vacío. El trastorno paranoide y el narcisista admiten reacciones coléricas; sin embargo no se observa la impulsividad, las preocupaciones por el abandono y la autodestructividad del trastorno límite.

El trastorno antisocial y el límite comparten comportamientos manipulativos. Difieren en la intencionalidad. El antisocial busca sacar provecho, gratificación material o poder a través de la manipulación. El sujeto fronterizo dirige este comportamiento a despertar el interés de quienes se ocupan de él. El trastorno por dependencia y el límite se caracterizan por el temor al abandono. Sin embargo, sus reacciones son diferentes. El primero reacciona con mansedumbre, sumisión y rápidamente busca una nueva relación que sustituya la anterior. El límite reacciona con rabia y vacío emocional. Sus relaciones son muy intensas e inestables.

4.- Criterios diagnósticos.-Según el DSM-IV (1995) los criterios para el diagnóstico del trastorno límite de personalidad son:

- ✓ Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario.
- ✓ Presencia de un patrón de relaciones interpersonales intensas e inestables. Alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
- ✓ Alteración de la identidad: autoimagen o sentido del sí mismo acusada y persistente inestable.

- ✓ Impulsividad en al menos dos áreas, potencialmente dañina para sí mismo (abuso de substancia, conducir temerariamente, gastos irresponsables, sexualidad irresponsable, atracones de comida).
- ✓ Comportamientos suicidas (intentos o amenazas recurrentes, automutilaciones).
- ✓ Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (episodios de ansiedad, irritabilidad y disforia)
- ✓ Sentimientos de vacío crónico.
- ✓ Ira intensa, inapropiada. Dificultades para controlarla (peleas físicas constantes, mal genio, enfado constante).
- ✓ Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

6.2. EL SÍNDROME DE LA ORGANIZACIÓN FRONTERIZA

(Punto de vista psicoanalítico)

Según Kernberg (1979) la denominación de “fronterizos” se aplica a aquellos pacientes cuya organización caracterológica crónica no es ni típicamente neurótica, ni típicamente psicótica. De conformidad con este autor se caracteriza por

- Una constelación típica de mecanismos de defensa del Yo.
- Una patología típica de relaciones de objeto internalizadas.
- Rasgos genético – dinámicos típicos.
- Conservación de la prueba de realidad.

6.2.1. Análisis descriptivo.

Los síntomas iniciales que presentan los pacientes de personalidad fronteriza se asemejan a los de una típica sintomatología neurótica. La presencia de dos o tres de las categorías

sintomáticas que a continuación se enumeran posibilita fuertemente la presunción de la existencia de una personalidad fronteriza.

El análisis de los aspectos descriptivos de la psicopatología, cuando son bastante marcados, posibilita el diagnóstico presuntivo de la organización fronteriza. El diagnóstico definitivo se sustenta en la patología yoíca característica y depende del análisis estructural de cada caso.

En opinión de Kernberg (1979) las categorías sintomáticas son:

1.- ANSIEDAD.- Se observa una ansiedad crónica, difusa libre y flotante.

2.- NEUROSIS POLISINTOMÁTICA.- Se pueden observar varios síntomas neuróticos. Se tiene relevancia solo si se presentan dos o tres síntomas de los siguientes

2.1. FOBIAS MULTIPLES.- Se consideran aquellas que causan graves limitaciones en la vida cotidiana del paciente. Pueden ser fobias vinculadas con su propio cuerpo. Con elementos que tienen que ver con la neurosis obsesiva.

2.2.- SÍNTOMAS OBSESIVOS COMPULSIVOS.- Ideas obsesivas de tipo paranoide o hipocondriaco.

2.3. MULTIPLES SÍNTOMAS DE CONVERSIÓN O GROTESCAS. Sobre todo las crónicas.

2.4.- REACCIONES DISOCIATIVAS.- en especial “estados de ensoñación” histéricos y fugas, y amnesia acompañada de trastornos de conciencia.

2.5.- HIPOCONDRIA.- Se observa una preocupación exagerada por la salud. Cronicidad en el temor por la salud.

3.- TENDENCIAS SEXUALES PERVERSO-POLIMORFAS.- En el marco de la desviación sexual se observa la coexistencia de varias tendencias perversas. Pueden existir formas extrañas de perversión como la manifestación primitiva de agresión o un reemplazo primitivo de objetos genitales por eliminatorios.

4.- CLÁSICAS ESTRUCTURAS DE PERSONALIDAD PREPSICÓTICAS.- Las personalidades: paranoide, esquizoide e hipomaniaca.

5.- NEUROSIS IMPULSIVA Y ADICCIONES.- Están consideradas las formas graves de patología caracterológica coloreadas por la irrupción crónica y repetitiva de un impulso orientado a gratificar necesidades instintivas. Son típicos ejemplos de esta categoría: el alcoholismo, la drogadicción y algunas formas de obesidad psicogénica.

6.-DESÓRDENES CARACTEROLÓGICOS DE NIVEL INFERIOR.- Se observa una patología caracterológica severa. Con un carácter caótico e impulsivo. Corresponden a esta categoría las personalidades: infantiles, narcisistas, “como sí” y antisociales.

En ellas se presenta una personalidad fronteriza subyacente. La personalidad histérica es una típica neurosis caracterológica de “nivel superior”. La personalidad infantil corresponde al nivel medio. La personalidad narcisista se sitúa en el “nivel inferior”.

La personalidad histérica presenta una mayor integración yoíca y superyoíca. Áreas libres de conflicto más extensas y predominio de los conflictos edípicos sobre los orales.

En la personalidad infantil prevalecen los problemas genitales sobre los orales. Hay una deficiente capacidad para mantener relaciones objetales estables. La presencia de primitivas fantasías sexuales polimorfas tiene su origen en el fracaso de la barrera represiva.

En la personalidad narcisista las relaciones objetales internalizadas son muy intensas, de naturaleza atemorizante. Muestran una incapacidad de dependencia de objetos buenos internalizados. Tienen tendencia a idealizar, despreciar y desvalorizar.

6.2.2. Análisis Estructural.

Freud (1925) se refiere a este término como el análisis de los procesos mentales desde la perspectiva de las tres estructuras psíquicas: yo, ello y superyó. Kernberg (1979) al estudiar a las personalidades límite usa este concepto como el análisis estructural que considera al yo como una estructura general conformada por la combinación de subestructuras y funciones. Explora los derivados estructurales de las relaciones de objeto internalizadas. Este autor pone atención especial en los aspectos siguientes:

1.- MANIFESTACIONES INESPECÍFICAS DE LABILIDAD YOÍCA.- Kernberg (1979) considera las siguientes características de labilidad:

- a) Carencia de tolerancia a la ansiedad.
- b) Falta de control de impulsos.
- c) Deficiente desarrollo de los canales de sublimación.

La falta de tolerancia a la ansiedad se observa en el paciente, cuando una mayor ansiedad que la que cotidianamente experimenta le provoca nuevos síntomas o regresiones yoícas. La falta de control de impulsos es el reflejo de un incremento de la ansiedad. Se presenta como una impulsividad errática e impredecible. Es típica de la personalidad infantil. Para valorar el desarrollo de los canales de sublimación se toman en cuenta: los factores constitucionales y el medio ambiente social del paciente. “La calificación de “inespecíficas” se refiere a la falta de control sobre los impulsos, la intolerancia a la ansiedad, la falta de capacidad de sublimación y la presencia del pensamiento del proceso primario” (Kernberg, 1979:149).

Los logros y el goce creativo pueden ser buenos indicadores del tamaño del área libre de conflictos del yo. Por tanto su ausencia será una señal importante de labilidad yoica.

2.- DESVIACIÓN HACIA EL PENSAMIENTO DE PROCESO PRIMARIO.- Esta desviación puede ser detectada a través del empleo de test proyectivos. Éstos son instrumentos primordiales para el diagnóstico de la personalidad fronteriza. Al aplicarse aparecen evidencias del pensamiento de proceso primario, que se expresan como fantasías primitivas y la utilización de peculiares verbalizaciones. La regresión al pensamiento de proceso primario es el más importante de los indicadores estructurales de la organización fronteriza.

3.- OPERACIONES DE DEFENSA ESPECÍFICAS.- La síntesis de las introyecciones e identificaciones primitivas en una identidad yoica estable es la función primordial del yo. Inicialmente las introyecciones e identificaciones primitivas cuyo origen se atribuye a derivados de instintos libidinales se integran en forma independiente de aquellos generados bajo la influencia de derivados de origen agresivo (objetos internos buenos y malos).

La falta de capacidad de integración del yo temprano genera la división de las relaciones objetales internalizadas en “buenas y malas”. Esta división defensiva del yo constituye en esencia el mecanismo de escisión. Normalmente este mecanismo es utilizado durante el desarrollo temprano del yo (primer año de vida). Más tarde es reemplazado por defensas yoicas más elaboradas que se centran en: la represión, formación reactiva, el aislamiento y la anulación.

En circunstancias patológicas la escisión continúa. Este mecanismo a través de la activa separación de las introyecciones e identificaciones muy conflictivas protege al yo de los conflictos y la ansiedad. Esta situación va en detrimento de los procesos de integración. Es un factor que subyace al síndrome de difusión de la identidad. A decir de Kernberg (1979) el yo tiene dos tareas esenciales para alcanzar la internalización de las relaciones objetales:

I.- La diferenciación entre las imágenes del sí mismo y las imágenes objetales que forman las tempranas introyecciones e identificaciones.

II.- “La integración de las imágenes de sí mismo y de los objetos constituidos bajo la influencia de derivados de instintos libidinales con las correspondientes imágenes de sí mismo y de los objetos constituidos bajo la influencia de los derivados de instintos agresivos” (Kernberg, 1979:38).

Según este autor, en gran medida en la psicosis y en un grado menor en la personalidad fronteriza, los dos procesos fracasan. En la organización fronteriza se puede observar:

- Intensificación y fijación patológica de los procesos de escisión.
- Incapacidad para sintetizar introyecciones e identificaciones positivas y Negativas.
- Deficiencias para reunir imágenes de sí mismo y de los objetos de origen Agresivo y libidinal.
- Tendencias agresivas y autoagresivas de gran intensidad relacionadas con Tempranas imágenes de sí mismo y de los objetos.
- Falta de tolerancia a la ansiedad.
- Conserva los límites de su yo y su prueba de realidad.

Con el propósito de conservar al sí mismo bueno, a las buenas imágenes objetales y los buenos objetos externos, el paciente fronterizo desarrolla mecanismos de defensa que a continuación se enumeran:

ESCISIÓN.- Es el mecanismo de defensa característico de la personalidad fronteriza. Kernberg (1979) utiliza este concepto en sentido restringido. Con él se refiere: “únicamente al proceso activo de mantener la separación entre las introyecciones e identificaciones de calidad opuesta” (Kernberg, 1979:40). Se manifiesta por una falta de control de impulsos selectiva y la división de los objetos externos en totalmente buenos y totalmente malos. Por lo que abre la posibilidad de que un objeto oscile de manera radical y abrupta de un polo a otro.

IDEALIZACIÓN PRIMITIVA.- Produce imágenes objetales totalmente buenas, poderosas, alejadas totalmente de la realidad. Es la manifestación de una fantasía primitiva que funciona como una estructura protectora creada para satisfacer la necesidad de protección contra el mundo de los objetos peligrosos.

“Mediante este mecanismo el paciente proyecta en la terapeuta una primitiva representación “totalmente buena” de sí mismo y del objeto” (Kernberg, 1979:95). No existe el reconocimiento consciente o inconsciente de la agresión hacia el objeto. Este mecanismo de defensa tendrá efectos negativos sobre el desarrollo del ideal del yo y el superyó.

IDENTIFICACIÓN PROYECTIVA.- En la organización fronteriza se observa una tendencia fuerte a la proyección. Su finalidad es externalizar la imagen de sí mismo agresiva y totalmente mala. Al externalizar hacen su aparición los objetos peligrosos, de los cuáles el paciente busca protegerse, por cierto, con muy poco éxito. Se caracteriza por la falta de diferenciación entre sí mismo y el objeto por las distorsiones provocadas por la agresión, por la vivencia del impulso, del temor a dicho impulso y por la necesidad de controlar el objeto externo.

Estas distorsiones tienen efectos patológicos en el desarrollo del superyó. “La identificación proyectiva es la principal responsable del establecimiento de vínculos irreales entre paciente y terapeuta desde el comienzo del tratamiento” (Kernberg, 1979:97).

NEGACIÓN.- Este mecanismo es típico de las organizaciones fronterizas, en particular las manifestaciones primitivas de la negación. Es típica la negación mutua de dos áreas emocionalmente independientes de la conciencia. El paciente está consciente de que en un momento dado sus pensamientos y sentimientos acerca de sí mismo y de los otros son totalmente opuestos a los que experimenta en otro momento.

Lo relevante de este recuerdo es la inexistente repercusión emocional. Ello impide que llegue a ligar emocionalmente ambos estados. El paciente puede llegar a reconocer intelectualmente el área negada; pero carece de capacidad para integrarlo al resto de la experiencia emocional. Ello debido a que lo negado permanece reprimido por no haber tenido acceso a la conciencia

OMNIPOTENCIA Y DEVALUACIÓN.- En ambos estados se observa la identificación del paciente con un objeto totalmente bueno, idealizado, poderoso. Los pacientes muestran la alternancia, entre la necesidad de establecer una relación de aferramiento a un objeto mágico e idealizado en un momento dado, y en otro, fantasías y actitudes que ponen de manifiesto sus tendencias omnipotentes y grandiosas.

La desvalorización hace su presencia cuando un objeto externo ya no puede proporcionar la gratificación y la protección. Por tanto es abandonado. La desvalorización de los objetos puede estar motivada por el miedo de que lleguen a transformarse en perseguidores temidos y odiados. Estos mecanismos afectan la estructuración que interviene en la formación del superyó.

PRUEBAS DE REALIDAD.- Kernberg (1987) define la prueba de realidad como la capacidad de diferenciar lo intrapsíquico de los objetos externos, el sí mismo del no-sí-mismo. Se reconoce por la ausencia de alucinaciones y delirios, la capacidad para empatizar con las observaciones de otras personas y evaluar en forma realista el contenido de nuestro afecto, pensamiento y conducta acorde con las normas socialmente aceptadas.

PATOLOGÍA DE LAS RELACIONES OBJETALES INTERNALIZADAS.- La patología de las relaciones objetales internalizadas en las personalidades fronterizas se caracterizan por:

a) Incapacidad para sintetizar las introyecciones e identificaciones buenas y malas. Al no lograr conciliar las introyecciones buenas y malas impedirá el desarrollo de la capacidad yoica de sentir culpa, depresión, preocupación y falta de capacidad de reconocer la agresión propia. En el yo persisten imágenes de sí mismo primitivas, irreales, contradictorias, lo que impide la formación de un concepto integrado de sí mismo y de las imágenes objetales.

b) Se observan problemas en la integración del superyó. Cuyo origen se produce en la tendencia a desvalorizar los objetos, en particular las imágenes parentales significativas. El uso continuo de la proyección de las imágenes totalmente malas de sí mismo y de los objetos, creando un mundo de objetos peligrosos y amenazantes, de los cuáles intentará protegerse.

Las funciones superyoicas tienen dificultades para alcanzar la abstracción. Se conservan en cierto nivel de personificación por lo que con facilidad son re proyectadas al mundo exterior.

c) La capacidad para evaluar de manera realista a los demás es limitada. En sus relaciones muestra incapacidad para vivenciar o empatizar. Perciben a las demás personas como objetos distantes. Se vinculan con ellas con superficialidad emocional. Esta superficialidad emocional tiene un carácter defensivo. Le permite alejarse de todo compromiso afectivo demasiado profundo. Lo defiende de la primitiva idealización de objeto y a la necesidad de someterse a dicho objeto idealizado y fusionarse con él.

d) Manifiesta tendencias a manejar, a explotar, controlar y desvalorizar a las demás personas. Estas conductas expresan una necesidad defensiva: la de controlar el entorno con el propósito de evadir la aparición de temores paranoides primitivos.

e) En apariencia se pueden presentar sentimientos de inseguridad, incertidumbre e inferioridad con relación a sus capacidades y sus relaciones interpersonales. En un plano más profundo, los sentimientos descritos, ocultan rasgos narcisistas del carácter, fantasías omnipotentes y un profundo convencimiento de que él, el paciente, tiene derecho a explotar a los demás y a ser gratificado.

f) Es típico de los pacientes fronterizos el Síndrome de Difusión de la Identidad. Presentan una aparente adaptación a la realidad. La presencia de proyecciones e identificaciones

contradictorias define la cualidad de “como si” de estos pacientes. Se detectan carencias en el concepto integrado de sí y de los objetos totales en relación con el objeto.

g) En los pacientes fronterizos el Yo está mejor integrado que en los psicóticos. Las imágenes de sí mismo y de los objetos en su mayoría están diferenciadas. Los límites yoicos están bien definidos en casi todas sus áreas, a excepción de aquéllas en las que implican compromisos interpersonales profundos. “La personalidad fronteriza alcanza un suficiente grado de discriminación entre las imágenes de sí mismo y las objetales, como para permitir la integración de los límites yoicos” (Kernberg, 1979:15)

6.2.3. Análisis Genético–Dinámico.

En la constelación patológica de la personalidad fronteriza la agresión pregenital, en particular la oral, tiene una participación trascendente. En esta personalidad se detectan experiencias de frustración extrema e intensa agresión. La excesiva agresión oral tiende a ser proyectada generando una distorsión paranoide de las imágenes parentales. La imagen de la madre es vista como peligrosa y castradora. Dicha imagen se extiende en el padre. Se llega a formar una imagen combinada padre-madre peligroso. “En un análisis genético cuidadoso, la existencia de imágenes de naturaleza padre-madre, condensadas, reflejan la condensación de aspectos parciales de las relaciones con ambos padres” (Kernberg, 1995:19).

Las idealizaciones del objeto de amor heterosexual en la relación edípica positiva y del objeto de amor homosexual en la negativa son exageradas. Se trata de una idealización no realista de dichos objetos de amor. Las idealizaciones aparecen frágiles y con tendencias a la devaluación fácil de los objetos idealizados.

En los hombres y mujeres el exceso de agresión oral puede llegar a inducir el prematuro desarrollo de tendencias edípicas debido a una condensación patológica de objetivos genitales y pregenitales como consecuencia del predominio de las tendencias agresivas. Los pacientes fronterizos recurren a respuestas transaccionales patológicas. Que no son más que intentos fallidos de hacer frente a esta agresividad. Entre las soluciones patológicas se observan:

-Tendencias sexuales perversas polimorfas.

-La homosexualidad en hombres y mujeres es vivida como un modo sustitutivo de gratificar las necesidades orales.

-En el caso de las mujeres la promiscuidad es el medio de expresión de la negación de la envidia del pene y la dependencia de los hombres.

-En la homosexualidad femenina existe la búsqueda de gratificación de necesidades por parte de una imagen materna idealizada. Imagen que es escindida de la imagen materna amenazante y peligrosa.

En la búsqueda de gratificación de las necesidades de agresión orales, el paciente límite, puede recurrir a las relaciones heterosexuales. En un nivel profundo lo anterior representa un intento de robar sexualmente a la madre. Lo que ella le negó en el nivel oral.

7. LA TRANSFERENCIA EN LOS PACIENTES CON ORGANIZACIÓN LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.

Características.- Desde el enfoque de Kernberg (1987), los pacientes con organización límite de la personalidad activan en forma prematura la transferencia de las relaciones objetales muy tempranas y conflictivas en el contexto de estados del Yo que están disociados entre sí.

La transferencia refleja una multitud de relaciones objetales internas de aspectos escindidos del sí-mismo con representaciones objetales escindidas que poseen características muy distorsionadas.

La causa básica de estos estados del yo es la falla en la integración de las representaciones objetales y del sí-mismo de cualidad opuesta. “La transferencia es el aspecto inadecuado de la reacción del paciente al analista. Lo que se escenifica en la transferencia nunca es una simple repetición de las experiencias pasadas reales del paciente. Las relaciones objetales internalizadas del pasado no reflejan relaciones objetales reales del pasado; sino más bien

una combinación de internalizaciones reales y fantaseadas de esas relaciones objetales pasadas” (Kernberg, 2007:190).

Al principio, las expresiones de la transferencia de los pacientes con organización límite de la personalidad llegan a impresionar por ser totalmente caóticas y fluctuantes. Ya que reflejan la activación de las relaciones objetales primitivas anteriores a la consolidación del yo, el superyó y el ello. Estas relaciones reflejan una particular condensación patológica de objetivos pregenitales y genitales; la agresión pregenital y oral excesiva proyectada en forma distorsionada sobre las imágenes parentales, en particular sobre la madre. En forma gradual van apareciendo patrones repetitivos que manifiestan esta condensación patológica durante el tratamiento.

En la transferencia, el mecanismo de la identificación proyectiva se manifiesta como un intenso temor y desconfianza al terapeuta por parte del paciente límite. La vivencia que se tiene es como si el terapeuta atacara al paciente.

El paciente siente empatía con esta intensa agresión proyectada y busca controlar al terapeuta en forma sádica y abrumadora. El paciente está semiconsciente de su propia hostilidad. La justifica porque considera que simplemente está respondiendo a la agresión del terapeuta.

La conducta agresiva del paciente provoca sentimientos y conductas contra agresivas por parte del terapeuta. “La identificación proyectiva es una forma primitiva de proyección, destinada sobre todo a externalizar imágenes agresivas de sí-mismo y de los objetos; como persiste la empatía con los objetos en los cuales ubicó la proyección, el paciente siente la necesidad de controlarlos, ya que ahora les teme debido a lo que proyectó en ellos ” (Kernberg, 1979:82).

Es típico de los pacientes fronterizos la rápida oscilación entre momentos en que se proyecta una representación del sí mismo mientras el paciente permanece identificado con la correspondiente representación objetal y momentos en que se proyecta la representación objetal en tanto el paciente se identifica con la correspondiente representación del sí mismo. Esta alternancia produce una confusión sobre que está “dentro” y que está “afuera” en la

experiencia del paciente en relación a sus interrelaciones con el terapeuta. La rápida oscilación de la proyección de imágenes del sí mismo y del objeto deteriora la estabilidad de los límites yoicos del paciente en sus interacciones con el terapeuta.

En la transferencia de los pacientes límite se activan las relaciones objetales internalizadas primitivas del pasado manifestándose por los común en acciones, en actuaciones. Hace su aparición el “acting out” o la exoactuación de la transferencia.

“La exoactuación transferencial en la relación terapéutica se refiere a la actuación de la reacción transferencial en las sesiones, dentro del encuadre terapéutico propiamente dicho” (Kernberg, 1979:86). El “acting out” de la transferencia es una reproducción llena de significado de los conflictos pasados, operaciones defensivas, fantasías y relaciones objetales internalizadas del paciente.

La exoactuación se convierte en una resistencia, al gratificar algunas necesidades instintivas del paciente, para alcanzar un mayor cambio en el paciente límite. La compulsión repetitiva manifestada en las exoactuaciones transferenciales puede ser vista como una gratificación a las necesidades instintivas patológicas del paciente, en particular las agresivas.

Los pacientes límite se caracterizan por su labilidad yoica. Ésta manifestada por una intolerancia a la ansiedad, la falta de control de impulsos e insuficiente desarrollo de los canales de sublimación.

La tolerancia a la ansiedad es la capacidad de tolerar un grado mayor de ansiedad del que habitualmente está sometido sin llegar a presentar síntomas. El control de impulso se refiere al grado del manejo de fuertes impulsos o emociones por parte del paciente sin que haya necesidad de actuar de inmediato en contra de su juicio e interés.

En el desarrollo de los canales de sublimación es prioritario el compromiso con los valores y el desarrollo de la creatividad. “Uno de los aspectos de la labilidad yoica de los pacientes fronterizos es la relativa ausencia de un Yo observador” (Kernberg, 1979:83).

Otra característica de la organización de la personalidad límite es la difusión de la identidad. La difusión de la identidad se puede diagnosticar ante la incapacidad del paciente para

transmitir al analista interacciones significativas de otro. Se refleja en una historia muy contradictoria. La descripción de las personas significativas en la vida del paciente no permite al entrevistador integrarlas para lograr una imagen clara de ellas. Clínicamente se observa una experiencia de vacío crónico, autopercepciones contradictorias, percepciones huecas, insípidas y empobrecidas de los demás. “En la entrevista estructural, la difusión de la identidad se refleja en una historia enormemente contradictoria, o en una alternación entre estados emocionales que implican tal comportamiento contradictorio, de modo que el entrevistador encuentra difícil ver al paciente como un ser humano total” (Kernberg, 1995:10).

8. LA CONTRATRANSFERENCIA Y SU APLICACIÓN CLÍNICA EN LAS PERSONALIDADES FRONTERIZAS.

A decir de Kernberg (1975) el concepto de contratransferencia puede tener dos acepciones: el enfoque clásico y el totalístico. En el enfoque clásico la contratransferencia se define como la reacción inconsciente del analista ante la transferencia del paciente. Según el enfoque totalístico el término contratransferencia se sustenta en una definición más amplia. Se orienta hacia una aplicación técnica. Abarca la totalidad de la respuesta emocional del analista, sus reacciones conscientes e inconscientes ante el paciente en la situación terapéutica. Estas reacciones representan reacciones a la realidad del paciente, su transferencia y a las necesidades derivadas de la realidad del analista y sus conflictos neuróticos. Kernberg se inclina por este enfoque.

CARACTERÍSTICAS DE LOS ENFOQUES	DE LA CONTRATRANSFERENCIA
ENFOQUE CLÁSICO	ENFOQUE TOTALÍSTICO
Es una definición restringida. (reacción inconsciente)	Se basa en una definición amplia. (reacciones inconscientes y conscientes)
Se provoca una pérdida de información al	El analista se da cuenta que su respuesta

<p>no tener en cuenta todas las reacciones emocionales del analista.</p>	<p>emocional es un buen instrumento técnico para comprender y ayudar al paciente. Puede ponerla al servicio de la labor analítica.</p>
<p>Las personalidades psicóticas y fronterizas merced a sus transferencias intensas y caóticas llegan a provocar en el terapeuta fuertes reacciones contratransferenciales que éste tiende a bloquear y a descalificarlas para continuar con el trabajo analítico.</p>	<p>La situación analítica es un proceso de interacción entre el pasado y el presente de los dos participantes, analista y paciente, entre sus mutuas reacciones ante su pasado y su presente.</p>
<p>La participación del analista es discreta y neutral.</p>	<p>El analista puede llegar a asumir una participación excesiva, protagónica.</p>

Durante el tratamiento de pacientes fronterizos o muy regresivos, el analista llega a experimentar fuertes reacciones emocionales vinculadas con la intensa y caótica transferencia del paciente. Esta situación se convierte en un importante instrumento de diagnóstico. Se puede conocer el grado de regresión del paciente. La actitud emocional de éste en relación al terapeuta.

Este tipo de pacientes pueden ocasionar en el analista serios problemas contratransferenciales, tales como:

- 1.- Contraidentificaciones.
- 2.- Fijaciones contratransferenciales crónicas.

La contraidentificación se presenta ante el fracaso de la identificación tentativa transitoria. Se trata de una identificación excesiva y permanente con el paciente. Puede convertirse en

un grave y permanente obstáculo para el trabajo analítico. Las contraidentificaciones están ligadas con la reactivación parcial en el analista de primitivas identificaciones yoicas y mecanismos de defensa arcaicos como: la identificación proyectiva. Las contraidentificaciones pueden llegar a ser una fuente importante de información acerca de la situación analítica. Sin embargo también representan una amenaza para el tratamiento.

Kernberg (1975) afirma que el terapeuta puede verse amenazado por peligros de origen interno, a saber:

- La reaparición de la ansiedad vinculada con tempranos impulsos, sobre todo de carácter agresivo, que se dirigen ahora hacia el paciente.
- Una cierta pérdida de los límites yoicos en la interacción con los pacientes, causada por la identificación proyectiva.
- Una fuerte tentación de controlar al paciente como consecuencia de la identificación de éste con un objeto del pasado del analista.

El trato con un determinado paciente puede llegar a reactivar en el analista antiguos patrones caracterológicos de tipo neurótico ya abandonados. Una modalidad peculiar se produce cuando la patología del analista se va moldeando en la interacción de la situación analítica. En cuyo desenlace se llega a asemejar o a complementar la estructura de la personalidad del paciente. A grado tal que dan la apariencia ambos de estar recíprocamente “ensamblados”.

Este tipo de fijaciones contratransferenciales crónicas son perjudiciales tanto para el analista como para el paciente. Estas fijaciones se experimentan con más frecuencia con pacientes limítrofes, psicóticos o muy regresivos.

En los pacientes fronterizos la agresión y la autoagresión se combinan en las tentativas del paciente que tienen la finalidad de destruir la capacidad del analista de apoyarlo. La experiencia de dar algo bueno y recibir a cambio algo malo, sin que exista la posibilidad de modificar la situación, son parte de la labor del analista.

La agresión del paciente despierta en el analista temores paranoides y culpa depresiva.

Los analistas que tratan pacientes fronterizos suelen experimentar momentos de sometimiento masoquista ante las expresiones agresivas del paciente. Así como dudas injustificadas en relación con su capacidad.

Algunas formas que pueden tomar las fijaciones contratransferenciales crónicas son:

-El retraimiento o alejamiento narcisista del analista en relación al paciente provoca la pérdida de la empatía.

-El retraimiento narcisista aleja al analista de la realidad. Se despierta en él la certeza de que podrá ayudar al paciente (reaparición de la omnipotencia arcaica).

Se manifiesta como indiferencia pasiva y abandono interno de parte del analista hacia el paciente y alejamiento narcisista de la realidad.

Los problemas contratransferenciales encuentran en la preocupación del analista un rasgo compensatorio que neutraliza y supera los efectos de la agresión y autoagresión del paciente.

En la preocupación interviene un auténtico deseo y la necesidad de ayudar al paciente, a pesar de su pasajera "maldad".

Se reconoce la intensidad de la destructividad y la autodestructividad del ser humano.

"La preocupación del analista por el bienestar del paciente se deriva de impulsos reparatorios que contrarrestan sus tempranas tendencias destructivas y de sus identificaciones con figuras parentales" (Kernberg, 1975:68)

La disposición del analista de revisar un determinado caso con otro colega es una buena señal de la capacidad de preocupación.

9. EL ENFOQUE ESTRUCTURAL DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA ORGANIZACIÓN LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.

Kernberg (1987) propone para el diagnóstico de la organización límite de la personalidad un enfoque estructural del diagnóstico. Señala, como premisa fundamental, que los estados fronterizos deben diferenciarse claramente de la patología neurótica y la psicosis.

El diagnóstico diferencial se centra en la descripción de los síntomas, en la conducta observable y en el diagnóstico genético. Este diagnóstico, utilizado en psiquiatría, ha demostrado su valía en los trastornos afectivos más importantes.

Los enfoques descriptivos basados en síntomas y la conducta pueden llegar a parecer más objetivos al clasificar la conducta humana en casilleros de las manifestaciones conductuales, sin embargo su aplicación en los pacientes límites puede ser engañosa. Puede llegar a confundirse con otros trastornos como: el histriónico, el narcisista, antisocial y por dependencia. Clínicamente este diagnóstico se queda corto en algunos casos de este tipo pacientes.

Igual circunstancia sucede con un enfoque puramente genético. El enfoque estructural tiene la posibilidad de enriquecer el diagnóstico diferencial y contribuir a un mejor entendimiento de la relación de la predisposición genética con la sintomatología que se expresa.

Este autor propone la existencia de tres tipos de organización estructural de la personalidad: la neurótica, límite y psicótica. Para su estudio y diferenciación se toman en consideración los criterios siguientes:

- Un grado de integración de la identidad.
- Los tipos de organización defensiva que habitualmente emplea.
- Su capacidad para la prueba de realidad.

La estructura neurótica de la personalidad presenta una identidad integrada, una organización defensiva centrada en la represión y la prueba de realidad plena. En las estructuras límite y psicótica predomina la organización defensiva centrada en el mecanismo

de la escisión. En la personalidad límite se observa difusión de la identidad y conserva la prueba de la realidad.

El síndrome de difusión de la identidad y el predominio de las operaciones defensivas primitivas permiten la diferenciación de la organización límite de la neurótica.

La estructura psicótica tiene gravemente distorsionada la prueba de la realidad. Otros criterios estructurales que son útiles para diferenciar la organización límite son: la presencia o ausencia de expresiones no específicas de labilidad del yo y el grado de calidad de integración del superyó.

Estos criterios estructurales, según Kernberg, sumados al diagnóstico descriptivo y al genético dinámico dan forma al enfoque del diagnóstico estructural. Por tal motivo este enfoque permite realizar una evaluación con mayor precisión y exactitud de la organización límite de la personalidad.

“El enfoque estructural del diagnóstico diferencial de la organización límite de la personalidad subraya la importancia de diagnosticar al paciente como un individuo total y evaluar su vida interna de relaciones objetales en términos de su concepto de sí mismo y de los otros significantes” (Kernberg, 1995:21).

En el diagnóstico diferencial estructural de la organización límite de la personalidad se integra el análisis descriptivo, el análisis estructural y el análisis genético-dinámico. En el análisis descriptivo se valoran diferentes categorías sintomáticas. En el análisis estructural se valoran los procesos mentales desde la perspectiva de las tres estructuras psíquicas: el yo, el ello y el superyó.

En el análisis genético-dinámico se valora la posibilidad de la existencia de una discrepancia entre el desarrollo histórico real del paciente y su experiencia interna.

En el Capítulo referente al Síndrome de la Organización Fronteriza de la personalidad se particularizan los aspectos que se toman en consideración en el momento de realizar el diagnóstico.

9.1. LA ENTREVISTA ESTRUCTURAL.

Kernberg (1987) desarrolló la entrevista estructural. En ella se combina la valoración tradicional del estado mental con una entrevista orientada psicoanalíticamente. Se enfoca en la interacción de aquí y ahora paciente-entrevistador, en la clarificación, confrontación e interpretación de los conflictos de identidad, la distorsión de la realidad, los mecanismos de defensa y las distorsiones de las relaciones objetales interiorizadas

En la clarificación el entrevistador explora junto con el paciente todo el material informativo que éste último ha proporcionado, en particular la información que es vaga, contradictoria, incompleta o desconcertante. En la clarificación se discute en forma no cuestionadora lo que el paciente dice. Pretende evocar material consciente y preconsciente sin que ello signifique un reto para el paciente.

El segundo paso en el proceso de la entrevista, la confrontación, expone al paciente la información que parece incongruente o contradictoria. Se le señalan aquellos aspectos de la interacción que pueden indicar la presencia de un funcionamiento conflictivo y de operaciones defensivas. Se hace hincapié hacia algo en la interacción de lo cual el paciente no se ha dado cuenta y que a juicio del entrevistador se percibe como inapropiado, confuso o contradictorio. El entrevistador propone el posible significado de esta conducta, explora la capacidad del paciente de observar las cosas desde una óptica diferente. Connota el aumento o disminución en la conciencia de la realidad y la empatía con el entrevistador. La confrontación conjunta y organiza lo que se ha observado y demanda del entrevistador mucha paciencia y tacto.

La interpretación suma al material una dimensión hipotética de causalidad y profundidad. Establece lazos entre el material consciente y el preconsciente y las motivaciones inconscientes del aquí y el ahora. Se centra en las ansiedades subyacentes y en la activación de los conflictos. Conecta las funciones actuales de una conducta específica con las ansiedades, motivaciones y conflictos del paciente. Las reacciones transferenciales promueven las interpretaciones que enlaza el malestar del aquí y el ahora con las experiencias del paciente en el allá y entonces.

Kernberg (1987) propone tres etapas o fases en la entrevista, así como un ciclo de síntomas de anclaje que sirve de referencia en la exploración sistemática. El terapeuta inicia la entrevista solicitando al paciente enumere las razones que lo motivaron a venir al tratamiento, que espera del mismo, cuáles son sus síntomas más importantes, sus dificultades, sus problemas. Se continúa la exploración con una búsqueda sistemática de síntomas significativos que surgen en el transcurso de la entrevista seguidos de clarificación, confrontación e interpretación.

9.1.1 Fase inicial

La entrevista principia con una secuencia de preguntas directas e indirectas. Una interrogación inicial típica sería: *me gustaría escuchar ¿qué es lo que lo trajo aquí? ¿Qué dificultades o problemas tiene? ¿Qué expectativas tiene del tratamiento? ¿En qué lugar se encuentra usted ahora a este respecto?* Esta forma de comenzar la entrevista permite al paciente hablar de sus síntomas y la naturaleza de otros problemas que ha detectado, expresar las razones por las que asiste al tratamiento. Por otra parte el entrevistador valora la conciencia del paciente con respecto a su enfermedad, y el carácter realista o irreal de sus expectativas.

Los pacientes con alteraciones en el sensorio y la memoria presentan problemas para responder las preguntas. Los pacientes pueden ser extremadamente vagos, confusos, concretos o evasivos en sus repuestas al interrogatorio. Pueden responder de tal manera que la respuesta carezca de relación con la pregunta inicial. El terapeuta clarifica discretamente la discrepancia entre las preguntas y las respuestas. Indaga si las preguntas han sido suficientemente claras o si han sido abrumadoras.

Si el paciente es capaz de entender y contestar en forma apropiada y clara, si presenta un cuadro coherente de las dificultades, problemas y síntomas que lo llevaron al tratamiento, el entrevistador procede a realizar preguntas derivadas de las respuestas del paciente. Esta nueva indagación lo pueden llevar a suponer que el paciente tiene un buen sensorio, una memoria y funciones cognitivas normales y sus síntomas son de carácter neurótico. Si sus respuestas nos muestran lo contrario se procede a realizar una exploración para descartar o

confirmar un déficit orgánico. Si el déficit orgánico queda descartado el foco de la entrevista se orienta hacia la investigación de rasgos patológicos del carácter.

Para realizar esta investigación, Kernberg (1987) sugiere las preguntas siguientes: “Me ha dicho sobre sus dificultades, y ahora, me gustaría saber más de usted como persona. ¿Podría describirme usted misma, su personalidad, lo que piensa que es importante que yo sepa, de modo que yo pueda tener un sentimiento real hacia usted como persona?” (Kernberg, 1995: 29).

Estos cuestionamientos promueven que el paciente entre en una situación autorreflexiva y describa sentimientos sobre sí mismo. Si éste es capaz de llevarla a cabo tenemos una señal de que posee una buena prueba de realidad y descartar el déficit orgánico y la enfermedad psicótica. La prueba de realidad se observa en la capacidad para empatizar con la percepción del terapeuta con respecto al paciente. Si el paciente presenta una gran dificultad para hablar de sí mismo u omite hablar directamente de ello, aparece la primera señal de una grave patología del carácter. Los pacientes con una organización de la personalidad límite durante la entrevista pueden presentar operaciones defensivas primitivas como: escisión, grandiosidad, negación, omnipotencia, devaluación, identificación proyectiva. Si se descarta la pérdida de prueba de realidad también queda descartada la estructura psicótica. El siguiente paso será evaluar la posibilidad de la existencia de la difusión de la identidad. En este sentido se orienta el objetivo de la fase intermedia. Si por el contrario se confirma claramente la pérdida de la prueba de realidad la entrevista se enfoca en la naturaleza de la psicosis del paciente.

9.1.2. Fase media.

La entrevista en este momento se centra en la valoración de la difusión de la identidad. El área donde se enfoca la atención del terapeuta en el perímetro del círculo de anclaje, es la de los rasgos patológicos del carácter. La exploración se orienta sobre las dificultades del paciente para las relaciones interpersonales, la adaptación al entorno, la percepción que tiene de sí mismo y la que siente que los demás tienen de él. Se trata de indagar sobre el autoconcepto del paciente.

Si la información proporcionada por el paciente contiene datos contradictorios que no le permiten al terapeuta elaborar una imagen interna de éste, se procede a realizar discretas exploraciones sobre los aspectos potencial o manifiestamente contradictorios. Ello permite explorar el grado en que están presentes las representaciones contradictorias del sí mismo y el grado de integración de las representaciones objetales.

Cada ocasión, en que surjan, durante el transcurso de la narración, contradicciones internas del paciente, el entrevistador, primero procede a clarificarlas, acto seguido confronta discretamente al paciente en relación a las contradicciones evidentes o potenciales. Se busca valorar el grado de integración de sus representaciones objetales y su capacidad de introspección. Si surgen puntos conflictivos durante la exploración de dichas contradicciones, a la clarificación y la confrontación le sigue una interpretación en el aquí y el ahora. En los pacientes fronterizos en el transcurso de la exploración de la difusión de la identidad se activan operaciones primitivas que se originan de la interacción paciente-entrevistador.

9.1.3. Fase de terminación.

En esta fase se invita al paciente a expresar aspectos adicionales que él considere importantes o que suponga que el terapeuta debe conocer. Se llega el momento de tomar una decisión, que puede ir en el sentido de que se tiene la información suficiente para definir el diagnóstico o continuar con el proceso. También puede ser aprovechado para evaluar la motivación del paciente para iniciar su tratamiento.

10. CONCEPTOS TEÓRICOS EN RELACIÓN A LA TÉCNICA PSICOANALÍTICA.

10.1. MELANIE KLEIN.

Una de las grandes aportaciones de Klein (1946) fue la creación de la técnica del psicoanálisis infantil. Utiliza el juego infantil como medio de expresión de las fantasías y ansiedades del niño. “El análisis del juego había mostrado que el simbolismo permite al niño transferir no

solo intereses sino fantasías, ansiedades y sentimientos de culpa a objetos distintos de las personas” (Klein, 1959: 144). Los descubrimientos que Klein realizó en el análisis con niños los aplicó y corroboró en el análisis con adultos.

Klein, en la elaboración de su técnica se basa en los principios freudianos: la libre asociación, la exploración del inconsciente y el análisis transferencial. Por ello el método que utiliza es la exploración sistemática de la transferencia y su objetivo se centra en analizar las fantasías y los conflictos inconscientes.

Enfatiza el vínculo que se establece entre el terapeuta y el paciente, supone que en él se habrán de reproducir sentimientos amorosos y hostiles, por tanto se requieren interpretar la transferencia negativa y positiva en forma sistemática. La finalidad de estas interpretaciones es la de potenciar la integración de los sentimientos ambivalentes del paciente en su realidad interna y externa, así como sus vínculos presentes y pasados.

Siguiendo las ideas de Klein, en relación al rol del terapeuta, éste deberá desarrollar la capacidad de tolerancia hacia la transferencia negativa del paciente cuando éste la expresa consciente o inconscientemente y evitar el desplazamiento de hostilidad hacia los vínculos que el paciente estableció con las figuras primarias en el pasado. Atribuye al vínculo transferencial la función de eje principal del desarrollo de la sesión.

Como parte de su rol el terapeuta deberá involucrarse en el clima emocional de la sesión, estar atento y sensible a las expresiones transferenciales y contratransferenciales y recibir las proyecciones que sobre él realiza el paciente.

Para desempeñar esta función el terapeuta deberá gozar de un estado de salud mental adecuado, que le permita involucrarse emocionalmente y salir de dicho involucramiento para transformarlo en una interpretación que regrese al paciente los aspectos proyectados. Por lo que el terapeuta debe tener pleno conocimiento de sus propios conflictos inconscientes.

Klein (1946) plantea, a diferencia de Freud que el conflicto mental tiene su origen en la lucha entre sentimientos de amor y odio, por lo que para ella lo prioritario en el trabajo analítico es comprender las angustias que se desarrollan en la relación de objeto, así como los

mecanismos de defensa que se utilizan para disociar y los procesos de introyección y proyección.

“La importancia de las ansiedades infantiles que he descrito se mostró también en el análisis de adultos enfermos, algunos de los cuales eran psicóticos límites”. (Klein, 2009: 143).

En la teoría Kleiniana se amplía el concepto freudiano de la transferencia al introducir el concepto de transferencia latente. Se plantea la hipótesis de que en la sesión analítica el paciente reedita con el analista la estructura de sus vínculos de objeto, sus defensas y ansiedades sin tener conciencia de ello. Motivo por el cual en la técnica Kleiniana se propone la interpretación sistemática de la transferencia negativa.

La interpretación de la transferencia habrá de contemplar tanto la explicación de las relaciones de objeto temprano que se reactualizan así como las fantasías inconscientes que el paciente tiene en su vida actual.

Todo lo que acontece en la sesión debe de transformarse en comprensión “El análisis de la transferencia negativa como el de la transferencia positiva y de la interconexión de ambas es, como lo sostuve durante muchos años un principio imprescindible para el tratamiento de todo tipo de pacientes, tanto niños como adultos”. (Klein, 2009: 62).

Para Klein (1946) la meta terapéutica más relevante es la elaboración de la posición depresiva. Lograr la integración del Yo y el objeto.

10.2. OTTO F. KERNBERG.

En el tratamiento de las personalidades con una estructura límite se proponen enfoque psicoterapéuticos orientados psicoanalíticamente, en los que se realizan modificaciones a la técnica. Masterson (1976) afirma que el tratamiento con estos pacientes debe iniciarse con Psicoterapia de apoyo.

Kernberg (1987) sostiene que la técnica con mayor pertinencia para la patología límite es la psicoterapia de expresión. En la práctica clínica un gran número de pacientes límite son

tratados con una modalidad mezcla de psicoterapia de expresión y de apoyo. “De acuerdo con mi experiencia, sin embargo, en la mayoría de los pacientes fronterizos, para quienes resulta indicada la psicoterapia psicoanalítica modificada, descrita antes...” (Kernberg, 1979: 170).

La técnica de Psicoterapia de Expresión de Kernberg (1987) se basa en la técnica psicoanalítica, a la cual hace algunas modificaciones. Gill (1954) define la técnica psicoanalítica como:

El uso de la interpretación como herramienta técnica.

La posición persistente del analista de conservar la neutralidad técnica.

El desarrollo de una neurosis de transferencia a través de la interpretación.

Atendiendo a las ideas de Kernberg, éste introduce variaciones sobre los tres elementos técnicos antes descritos y propone:

a.- El terapeuta deberá centrarse en las transferencias primitivas e interpretarlas en el aquí y ahora.

b.- La reconstrucción genética solo se iniciará cuando las transferencias primitivas se hayan transformado en transferencias neuróticas.

c.- La neutralidad técnica es una línea teórica básica. La posición de neutralidad técnica requiere de mantener en forma firme, consistente y estable los límites de la realidad en el trabajo terapéutico. La posición de neutralidad se verá atacada constantemente por la transferencia primitiva de estos pacientes a través del acting – out, por lo que existirá la amenaza hacia la continuidad del tratamiento, por tanto se contraindican el uso de técnicas de manipulación.

La interpretación es la herramienta fundamental en el tratamiento de los pacientes límite. Estos pacientes tienen la capacidad de comprender e integrar las explicaciones interpretativas del terapeuta, cuando las distorsiones son examinadas e interpretadas. Las interpretaciones que el paciente hace de la interpretación del terapeuta deben ser exploradas, siendo pertinente la clarificación sobre la interpretación. Esta técnica establece diferencia entre la psicoterapia de expresión y el psicoanálisis.

El objetivo estratégico de la psicoterapia será la transformación de las transferencias primitivas en transferencias neuróticas. La interpretación de las transferencias primitivas permitirán la integración de las relaciones objetales parciales en totales. La interpretación de los mecanismos de defensa primitivos habrá de fortalecer al Yo y tendrá un carácter sistemático.

Kernberg (1987) sugiere los siguientes lineamientos generales para el manejo de la transferencia:

- 1.- La elaboración de la transferencia negativa en forma sistemática en el aquí – y – ahora.
- 2.- Las constelaciones defensivas primitivas deberán interpretarse en el momento en que aparezcan en la transferencia, debido a que su interpretación refuerza el Yo del paciente.
- 3.- Para bloquear el acting - out de la transferencia se establecerán límites, a fin de neutralizar los ataques al encuadre terapéutico y contribuir a la estructuración de la vida social del paciente. “Fijación de límites para bloquear la exoactuación transferencial y estructuración de la vida del paciente fuera del tratamiento en la medida necesaria para salvaguardar la neutralidad del analista” (Kernberg, 1979: 169).
- 4.- Se interpretarán las idealizaciones primitivas fuertemente exaltadas por incidir en la escisión de las relaciones objetales en totalmente buenas y totalmente malas.
- 5.- Para trabajar las transferencias primitivas y su transformación en neuróticas Kernberg sugiere la secuencia de tres pasos para su consecución:

a. A través de la interpretación, el terapeuta, transforma la falta de significado prevalente en la transferencia en una relación de transferencia emocionalmente significativa.

b.- El terapeuta valora la relación objetal predominante en la transferencia y clarifica el efecto que surge de la interacción del sí mismo y del objeto.

c.- Mediante la interpretación las relaciones objetales parciales se integran con otras relaciones parciales hasta lograr la integración de las representaciones objetales y del

sí – mismo. Los aspectos integradores de la interpretación requieren proceder de una interpretación superficial a una en profundidad.

CAPITULO II. METODOLOGÍA.

2.1. Tipo de investigación.

La presente investigación es de tipo cualitativo. La investigación cualitativa se caracteriza por su carácter holístico, empírico, interpretativo y empático. Estudia la realidad en su contexto natural. Se propone dar sentido o interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que tiene para las personas implicadas. Extrae descripciones a través de las observaciones realizadas en forma de entrevistas, narraciones, grabaciones, etc.

Recoge una gran variedad de información. Es flexible. “Es multimetódica en el enfoque, implica un enfoque interpretativo, naturalista hacia su objeto de estudio”. (Denzin y Lincoln 1994, citado por Rodríguez, 1999: 32)

Su objetivo es la comprensión centrada en la indagación. Se propone comprender las complejas interrelaciones que se dan en la realidad. El rol que adopta el investigador cualitativo lo lleva a la interpretación de los sucesos y acontecimientos desde el inicio de la investigación. El investigador cualitativo no descubre, reconstruye la realidad

La estrategia de diseño de investigación cualitativa que se seleccionó fue la de estudio de caso único. Este tipo de estudio centra su análisis en un único caso. Permite confirmar, cambiar, modificar o ampliar el conocimiento sobre el objeto de estudio. Tiene un carácter único, irrepetible y peculiar de cada sujeto.

El estudio de caso se caracteriza por ser: descriptivo, inductivo y heurístico. El descubrimiento de nuevas relaciones y significados, ampliar o confirmar lo que se sabe. Pretende alcanzar una mejor comprensión del caso concreto.

Sus objetivos generales son: explorar, descubrir, explicar, evaluar y transformar. Es una forma particular de recoger, organizar y analizar datos. “El estudio de caso implica un proceso de indagación que se caracteriza por el examen detallado, comprensivo, sistemático y en profundidad del caso objeto de interés”. (García Jiménez, 1991, citado por Rodríguez, 1999: 92).

En esta investigación se realiza el estudio de un caso clínico, el cual nos brinda diversa información, tanto del funcionamiento normal como de la patología presentada por la paciente y los avances que resultan a través del tratamiento.

El método psicoterapéutico en que se basa dicho estudio es el correspondiente a la teoría psicoanalítica, específicamente a la psicoterapia de expresión, a través de la cual se analizarán las relaciones objetales y la prevalencia de la pulsión de muerte en el caso de una adolescente tardía con estructura límite de la personalidad.

2.2. Participantes.

En el presente estudio de caso la participante fue una joven de 18 años de edad, de aproximadamente 1.55m de estatura, pelo negro ondulado a los hombros, ojos negros con pestañas muy pronunciadas, boca pequeña bien delineada.

2.3. Escenario.

Dicha investigación se realiza por un periodo de dos años diez meses, teniendo una sesión semanal de cincuenta minutos. Respetando vacaciones y días feriados.

Se lleva a cabo en un consultorio particular que se encuentra en una clínica de atención a pacientes de consulta externa y hospitalización. En el primer piso se encuentra la recepción, sala de espera, consulta externa y al fondo un área de hospitalización y el quirófano, en el segundo y tercer piso consulta externa de diversas especialidades.

El consultorio está ubicado en el tercer piso, y cuenta con una sala de espera, fuera de éste. Se encuentra ubicado en un área con la privacidad requerida para realizar dicho trabajo, cuenta con un baño en el interior.

2.4. Técnica de Recolección de datos.

En la técnica de recolección de datos se obtuvo amplia información a través de la entrevista estructural propuesta por Kernberg (1987). La cual se fue conformando a través de las sesiones de trabajo psicoterapéutico con la paciente.

Es una entrevista con orientación psicoanalítica. Se centra en la interacción en el aquí y el ahora paciente – entrevistador. En la clarificación, confrontación e interpretación de la agresividad, los conflictos de identidad, los mecanismos de defensa, la distorsión de la realidad y las relaciones objetales interiorizadas.

En la clarificación el entrevistador explora con el paciente la información que éste proporciona, particularmente la información que es vaga, contradictoria, incompleta o desconcertante, se discute en forma no cuestionadora lo que el paciente dice, la pretensión es evocar material consciente y preconsciente sin que ello signifique un reto para el paciente.

En la confrontación expone al paciente la información que le parece incongruente o contradictoria. Se señalan los aspectos de la interacción que pueden indicar la presencia de un funcionamiento conflictivo y de operaciones defensivas. Se explora la capacidad del paciente de observar las cosas desde una óptica diferente.

En la interpretación construye puentes entre el material consciente y el preconsciente y la motivación inconsciente del aquí y el ahora. Las reacciones transferenciales motivan las interpretaciones que enlazan el malestar del aquí y el ahora, con las vivencias del paciente en el allá y entonces.

La recogida de información continúa durante todo el proceso psicoterapéutico. En la investigación se tuvo presente que los datos no se recogen a ciegas, se tuvo consciencia de qué tipo de información se necesitaba en cada momento del estudio y con qué finalidad se recogió.

“La recogida de datos comienza cuando somos capaces de comparar situaciones, captar contradicciones y diferencias y escuchar las distintas opiniones sobre un problema por nosotros mismos” (Rodríguez, 1999: 143)

2.5. Técnica Psicoterapéutica utilizada.

En la realización de este estudio se utilizó la Psicoterapia de Expresión para los trastornos límite propuesta por Kernberg.

Inicialmente se establece el encuadre, que incluye elementos estructurantes que protegen la neutralidad de análisis del terapeuta. Se pactan con el paciente determinadas reglas básicas como:

Expresar en forma verbal, en la medida de lo posible, sus sentimientos y pensamientos, de igual manera sus impulsos, establecimiento del setting analítico, respetar el horario y día que le corresponde, de no asistir a la sesión se deberá cubrir el importe de ésta. Con un tiempo de 50 minutos en cada sesión, establecimiento del costo por sesión y el tiempo de vacaciones.

La herramienta técnica fundamental en el tratamiento para este tipo de pacientes, es la interpretación sistemática de la transferencia predominantemente negativa manifiesta y latente tan completamente como sea posible en el aquí -y - ahora.

Interpretación de los mecanismos de defensa típicos toda vez que entren en la transferencia. (Identificación proyectiva, escisión, idealización primitiva, devaluación, omnipotencia y negación).

Las interpretaciones deberán formularse de manera que las distorsiones del paciente sobre las intervenciones de la terapeuta y sobre la realidad actual, en especial las percepciones distorsionadas del momento puedan clarificarse sistemáticamente.

Establecimiento de límites para bloquear el *acting - out* de la transferencia.

Respetar los aspectos modulados de la transferencia positiva, para propiciar el desarrollo gradual de la alianza terapéutica.

Liberar la capacidad de desarrollo genital más maduro de sus intrincaciones con la agresión pregenital

CAPÍTULO III. APLICACIÓN DE MATERIAL CLÍNICO.

3.1 PRESENTACIÓN DEL CASO

HISTORIA CLÍNICA

Ficha de Identificación:

Nombre: Lulú

Edad: 18 años

Sexo: femenino

Escolaridad: preparatoria

Religión: católica

Estado Civil: Unión Libre.

Motivo de Consulta:

Esta chica asiste a terapia después de haber estado hospitalizada a consecuencia de un lavado de intestinos por la ingesta de medicamentos, consecuencia de un disgusto y posible ruptura con su actual pareja.

Descripción del paciente:

Lulú es una chica bajita, tiene 18 años de edad, mide aproximadamente 1.55m. Piel morena clara, pelo negro ondulado que le cae a los hombros, sus ojos son negros con pestañas muy pronunciadas, de boca pequeña muy bien delineada, nariz respingada; es una chica atractiva pero el sobrepeso ocasionado por la gran ansiedad que mostraba y mitigaba con una abundante ingesta de carbohidratos y una apariencia de descuido, le resta calidad a sus atributos. Normalmente viste el mismo pantalón de mezclilla, por cierto que muy

deteriorado, avejentado y demasiado sucio, playera blanca nada femenina y tenis que ni que decir de ellos sucios en demasía

Anamnesis:

Fuente de información: La paciente misma.

La paciente es referida de un hospital, toda vez que egresó de éste después de haber sido atendida de un lavado intestinal como consecuencia de ingesta medicamentosa, inicialmente se realizaron las primeras entrevistas con la finalidad de obtener un diagnóstico de la paciente, para posteriormente trabajar con ella de acuerdo al diagnóstico obtenido.

Desde la primera sesión, los mecanismos de defensa propios de su estructura, no se hicieron esperar, la identificación proyectiva de una gran intensidad y las reacciones contratransferenciales fueron marcando la pauta en el abordaje adecuado para este tipo de pacientes.

Antecedentes de la consulta.

La señora X me contacta vía telefónica para concertar una cita para su hija Lulú de 18 años de edad, la situación resulta apremiante, ya que le propongo una fecha, y me sugiere que sea a la mayor brevedad, le propongo otra fecha con mayor prontitud la cual acepta, le digo que espero a la chica a la hora y día convenidos y la señora me indica que la cita es para su hija pero me pediría que en esa primera sesión pudiera estar también ella, que le es muy importante estar ahí con su hija, ya que es una chica de un carácter muy difícil y quiere manifestarle su apoyo, ya que en casa no se presta al diálogo, y ha vivido últimamente situaciones muy difíciles.

Le indico que por mi parte no hay inconveniente pero es necesario que el día de la sesión sea su hija quien decida si puede pasar con ella.

A la paciente en cuestión, se le ha dificultado tener una relación adecuada, tanto amorosa como únicamente de amistad. Se relaciona con hombres sumamente carentes en varios sentidos, abusivos, sin escrúpulos, manipuladores, vividores y un tanto perversos.

A su edad, cuenta con un gran record de relaciones de tipo sexual con tipos que conoce por primera vez. No ha tenido a la fecha una relación amorosa propia de la adolescencia, que no esté impregnada de la relación sexual.

Asimismo, no se relaciona con mujeres productivas, con cierto grado de salud, se relaciona con mujeres, por cierto que con muy pocas, no de muy buena reputación, sin proyectos de vida, sin deseos de superación. En quienes su único objetivo es la diversión y la descarga de la pulsión.

Le dañan las relaciones que establece con los hombres, no obstante le es sumamente difícil terminar con la relación actual aún cuando le resulta dañina.

Después de una discusión muy acalorada entre la pareja, él la amenaza con abandonarla y Lulú reacciona de manera muy impulsiva agrediéndose a sí misma con la ingesta de pastillas para evitar el abandono; le hacen un lavado de intestinos en el hospital y posterior a ello inicia el tratamiento.

Antecedentes del problema y padecimiento actual:

Historia familiar:

Lulú pertenece a una familia sumamente perturbada originaria del D. F. Su madre, de 45 años de edad trabaja como secretaria en una dependencia de salud pública; es una mujer alcohólica que desde muy pequeños abandonaba por temporadas a sus hijos y nadie sabía su paradero; ha sido una mujer muy protegida laboralmente por el serio problema de adicción que ha vivido.

Una madre inconsistente y con infinidad de irregularidades en la ejecución de su rol materno como consecuencia de perturbaciones psicológicas propias. Con Lulú específicamente

siempre tuvo muchas dificultades, ya que la cuestionaba duramente por su comportamiento a lo cual la madre respondía con agresión física de manera brutal. Teniendo como madre a una mujer que la golpeaba desde muy pequeña, refiere con mucha frecuencia los golpes de la madre que le daba en la cara, las ocasiones que fue a llevarla al preescolar, dado que la pequeña no quería quedarse en la escuela por sentir un temor incontrolable. Tales fueron los golpes, que las educadoras tuvieron que intervenir para que no la siguiera golpeando, condicionando la entrada de la pequeña a la escuela si la madre se volvía a presentar nuevamente a llevarla. La paciente habla en relación al vínculo establecido entre su madre y ella como *“es una relación que te hace mal, relación que duele y entristece”* No existe comunicación adecuada entre ellas, desde que tiene uso de razón la relación con su mamá es inadecuada, no la siente como tal, más bien tiene mucho resentimiento, coraje y en ocasiones siente que la odia, no recuerda que algún día la haya peinado para ir a la escuela, pero lo que si recuerda es verla acostada al llegar de la escuela, con aliento alcohólico.

En la actualidad, no pueden establecer un diálogo ameno, toda vez que hablan es para herirse mutuamente. La mamá no la busca, no sabe en qué condiciones vive, no sabe nada de ella. No estuvo en momentos muy difíciles para ésta. No supo a qué hora su hija menstruó por vez primera, no se enteró de sus primeras relaciones, no se percató de que su hija estaba siendo abusada sexualmente de los 11 a los 15 años por su propio padre; De igual manera no se percató del momento en que su hija se fue a vivir con un hombre de 25 años teniendo ésta apenas 15.

Una madre promiscua, que aún viviendo en la misma casa con el esposo, aunque en recámaras distantes, se ausentaba unas temporadas con otros hombres sin informar de su paradero. Desde muy temprana edad Lulú supo que su madre sostenía relaciones con diversos hombres, incluso sabe el nombre de varios de ellos, no recuerda cómo se entero pero siempre lo ha sabido al igual que toda la familia. Una madre muy perturbada que se mantuvo física y emocionalmente lejana a sus hijos, y cuando estaba presente en ocasiones se manifestaba muy protectora y otras totalmente rechazante y agresiva verbal y físicamente.

Su padre, Médico Cirujano Partero, que más que ejercer su profesión se dedicaba a la práctica de abortos clandestinos; y lejos de ayudar en la recuperación de la esposa, la golpeaba indiscriminadamente al extremo de enviarla al hospital. Asimismo toleraba en alguna medida, la forma tan patológica de relacionarse con ésta.

Tenía su consultorio en un espacio de la casa donde vivían y un lugar específico donde realizaba sus prácticas clandestinas, lo cual refiere la paciente siempre lo supo, y como algo muy característico de la familia, no era algo que se hablaba, más todos estaban enterados y ello generaba un ingreso considerable.

No siendo su hija la excepción para sus prácticas clandestinas, le provocó un aborto, a los 14 años no sabiendo si éste era producto de su perversidad o de alguna de sus tantas relaciones; lo cual llevó a cabo durante una de las ausencias de la madre.

La relación entre sus padres siempre fue conflictiva. Lulú desde muy temprana edad vivió rodeada de violencia física y emocional, de peleas muy tortuosas entre sus padres, que después se tornaron en una indiferencia total, otra forma no menos cruel de violencia.

El padre poseedor de varias parejas que llevaba a dormir a su recámara, ya que la de su esposa se encontraba en el otro extremo de la casa.

Cabe mencionar que al inicio del tratamiento la paciente tenía idealizado al papá, a él si lo aceptaba, era el mejor papá, ella no había visto un padre igual, desde pequeña la cuidaba con mucho cariño, le proporcionaba lo mejor, la llevaba a la escuela siempre caminando ya que tenía la precaución de buscar escuelas cercanas a su casa. La llevó hasta que terminó la secundaria y ello porque se fue de la casa.

Durante años en el trayecto platicaban de forma muy amena, sentía que era lo más valioso que tenía, le proporcionaba muchos cuidados, le compraba su ropa, útiles, asistía a las reuniones de la escuela. Él como médico quería que su hija fuera una muchachita culta y pagó durante años a dos maestras particulares que iban tres veces por semana a su casa a darle clases de literatura e inglés. Tenía una percepción únicamente de su padre, como el padre ideal.

Su hermana mayor, de 21 años y ella son hijas de los mismos padres, con esta chica no existe una relación cordial, desde pequeñas se peleaban constantemente, ambas han sido muy agresivas, sus peleas han sido llenas de crueldad, muy pocas veces se comunicaban ya que la hermana vivía encerrada en su cuarto y no se interesaba por Lulú.

El hermano menor de 16 años es producto de otra relación de la madre con un hombre muy joven que murió de una sobredosis, Lulú no acepta del todo a este hermano, por el hecho de ser hijo de otro hombre. Este joven no terminó la secundaria ya que regularmente no asistía a clases y nadie lo reprendía por ello. Es el hijo predilecto de la mamá, le cumple sus caprichos, y es muy consecuente con él; En la actualidad no se sabe de dónde obtiene ingresos económicos, ya que no se dedica a nada y anda vagabundeando por todo el país.

La residencia familiar, una casa grande vieja del D. F. que abrigaba a los padres en sus dos extremos, cada cual con sus propias cosas, sus patologías, sus pertenencias, sus variedades de parejas, que ante la mirada de los hijos el padre ingresaba a su recámara por las noches, una casa en la que se vivían momentos de mucho dolor, donde albergaba en otro de sus espacios a las mujeres que eran atendidas para la expulsión de la vida, otro espacio donde el padre se mostraba como todo un profesional de la salud dispuesto a preservar la vida, desde la casa estaba presente la escisión.

Historia personal:

La paciente es la segunda de 3 hijos, nace sin problema alguno siendo el parto de manera normal, sin alteración alguna. Dentro de su desarrollo psicomotor existieron algunos rezagos, ya que a la paciente se le dificultó de alguna manera la autonomía que genera el poderse desplazar y deambular por la casa, a consecuencia de su tardanza en la adquisición de la marcha. Los médicos instaron a la madre para que ejercitara a la pequeña en estas cuestiones, finalmente la adquisición de la marcha la logró al año y ocho meses.

La pequeña fue atendida por diversas chicas que prestaban sus servicios como trabajadoras domésticas, ya que la madre entre su empleo y los abandonos reales que emprendía a su familia, la fue abandonando desde muy pequeña.

Recuerda que fue una niña con dificultades para socializar, desde muy pequeña no le atraía jugar con las demás niñas, prefería hacerlo con su papá, lo admiraba tanto y era quien realmente le ponía atención. Recuerda que en muchas ocasiones la llevó únicamente a ella al bosque de Chapultepec, le compraba lo que ella quería, recuerda mucho cuando le compraba algodones de azúcar, y relaciona el colorido de éstos con la etapa en que se sentía feliz, ignora el motivo por el cual su mamá y su hermana no iban con ellas.

Refiere no haber tenido adolescencia, se sentía como una mujer adulta desde muy pequeña, y una vez que el padre abusó de ella, mayormente, no se ha vivido como una chica, y de hecho representa más edad de la que realmente tiene.

En los años que corresponden a su adolescencia no ha tenido un novio como tal, con todos los hombres que se ha relacionado termina la relación cuando esta se impregna de relaciones sexuales.

Se dice fue una niña muy precoz, ya que desde muy pequeña le llamaban la atención en demasía los hombres mayores, y toda vez que su padre abusó de ella a los 11 años, inició su vida sexual con diversos jóvenes, ante lo cual refiere *“deje muy pronto las muñecas y los juegos de niña”*. A los 15 años se va a vivir con un hombre de 25 años durando esta relación 4 meses.

Después de haber tenido una cantidad considerable de relaciones con hombres de diferentes edades y condiciones, opta por vivir con X, a quien conoció en un bar de la ciudad de México D. F. Establecen la relación ambos a los 17 años; trabajaron en una tienda de artículos deportivos y por inasistencias los despidieron, posteriormente extrajeron unas tarjetas de crédito a gentes conocidas, de las cuales hicieron mal uso y tuvieron que salir huyendo de aquella ciudad.

Tiene la sensación constante de que si un hombre la ve, es que quiere tener relaciones sexuales con ella; de igual manera considera que todos cuantos la ven la consideran una *“prostituta”*, percibe que no es bien vista por los demás, como si fuese un ser *“raro”*, lo cual le genera mucha ansiedad e inestabilidad

Los padres de X con residencia en Morelia, les han proporcionado ayuda de toda índole; les buscan un lugar muy económico en esta ciudad en la cual se establecen.

Lulú fue testigo de serios problemas entre sus padres y del alcoholismo de su madre, quien muchas ocasiones no podía levantarse para ir al trabajo, y mucho menos para preparar un desayuno a sus hijos, y de quien vivió muy distante emocionalmente.

Tiene muy presente el primer día de clases en la primaria, tenía 6 años y su padre la levantó para ir a la escuela, su madre no la pudo llevar ya que no había llegado y Lulú se fue con mucho temor por no saber de su mamá

Es muy común que entre en dificultades con la mamá de su actual pareja, con vecinas, con comerciantes, con los choferes de la combi etc. Incluso se peleó a golpes con dos de sus vecinas.

La madre de X ha mostrado preocupación por Lulú y es quien le sugiere recibir atención psicológica. Contrario a ello, Lulú siente sentimientos de intensa hostilidad, odio, resentimiento hacia esta señora al igual que hacia sus figuras paternas, y manifiesta tener una sensación de vacío existencial tremendo y constante.

Pautas de ajuste durante la vida adulta:

Historia Escolar:

La paciente se caracterizó por ser una niña conflictiva, irascible, ansiosa, grosera, enojona que no controlaba sus impulsos, se peleaba desde el preescolar con sus compañeritas, las mordía fuertemente, dejándoles marcados los dientitos; las jalaba del pelo hasta despeinarlas y no conforme con ello les rompía sus cuadernos. De esa manera se dio a conocer por la comunidad escolar como la “peleonera”.

En la primaria todos le temían, por la agresividad mostrada, los padres de familia les prohibían a sus hijos establecer amistad con ella, hacían muchos reclamos a la maestra por la conducta de Lulú. No siendo la excepción la secundaria, estando en 1º. Se peleó con una

chica de 3º. Y la golpeo de tal manera que la expulsaron de la escuela. Debiendo ingresar al turno vespertino por tal motivo.

En cuestión académica nunca destacó, se dice muy floja, irresponsable, no le ha gustado la escuela y mucho menos esforzarse, fue pasando de año no sabe ni por qué

Difícilmente terminó la preparatoria en plan de 2 años, cuando pequeña, su padre contrató una maestra particular de Inglés y otra de literatura, aprendió de manera considerable el idioma, no así la literatura que no le agradaba. No tiene capacidad para muchas cosas, es muy desorganizada, caótica y no sabe qué le gustaría realizar a futuro, vive en la inmediatez.

Le cuesta mucho trabajo establecer relaciones de amistad, durante sus años escolares no hizo amistades duraderas, vivía enojada con todo y por todo

Área Sexual

A temprana edad incursionó en la vida sexual, a los 11 años fue abusada por su padre y a partir de ello ha tenido experiencias sexuales en demasía, no puede posponer la descarga de sus impulsos; sus relaciones por lo general son momentáneas, ocasionalmente conoce algún sujeto y en breve termina en relación sexual.

Lulú tuvo su menarca a partir de los 12 años, relata que le dio mucho temor, aunque ya tenía información de ello a través de su padre. No se ha sentido bien con su cuerpo, lo ha vivido como algo pecaminoso, como sucio, y considera que toda la gente lo ve de esa manera, como si su cuerpo por sí mismo se expresara y manifestara lo vivido.

Las relaciones amorosas que ha tenido, siempre las permea de sexualidad, es algo que no puede controlar. No puede establecer una relación sin este componente, aunque la persona no sea de su agrado, y sin siquiera pensarlo cuando se percata es que ya lo está realizando y no sabe ni porqué.

La esfera sexual, al igual que otras tiene la prevalencia de la pulsión de muerte por lo impulsivo, lo autodestructivo y la escisión, lo cual da lugar a una actividad sexual promiscua.

Una de sus fantasías al respecto es que va a llegar alguien a quererla tanto, que no le va a sugerir tener relaciones sexuales, que la va a cuidar, a proteger, a mimar, a darle mucha atención y va a ser muy bien querida y apreciada.

Área familiar:

La paciente ha vivido en una agresión tremenda por parte de ambos padres, ante la negligencia, abandono, adicción y promiscuidad de la madre, y ante la promiscuidad, agresión y perversión del padre. Con una hermana mayor que la ignora, que vive encerrada en su propio mundo, y cuando tiene oportunidad la insulta, un hermano que ante el menor motivo la golpea; en una casa donde palabras textuales de ella “se respira una atmósfera de locura”.

En la actualidad, no se frecuenta con su familia de origen, ya que ellos viven en el D.F. y muy rara vez la mamá le llama por teléfono. Salvo en algunas ocasiones que se han casado algunos primos y la han invitado.

Lulú vive sumamente enojada con toda su familia, las veces que ha asistido a las bodas, regresa con mucha agresividad, y ha utilizado las reuniones para desvalorizar a su mamá por su comportamiento, a su hermano por su inactividad y a su hermana por permanecer aún en la casa de los padres.

Lulú una vez que se salió de su casa, a los 15 años se distanció por completo de su papá, no obstante habla maravillas de él, como si fuera el mejor papá del mundo, aunque no venga a verla, no le hable y no sepa cómo está.

Los padres viven una farsa, todos saben que prácticamente viven separados, que cada cual hace su vida de la manera que desea. Sin embargo viven en la misma casa, entre ellos dos no existe la comunicación, a menos que suceda algo grave, como cuando Lulú chocó su carro.

En relación a su hermana mayor, desde pequeñas han vivido muy distantes, no sabe que pudo haber vivido que casi no hablaba con nadie más que lo elemental, más bien tiene una amiga que es con la cual en ocasiones la hermana sale.

En relación a su hermano, ha sido muy agresivo y grosero con Lulú y ella no lo siente como su hermano ya que no es hijo de su papá y es algo que toda la familia sabe. La familia de Lulú establece una relación totalmente indiferente, cada quien hace su vida distante de los demás aunque vivan bajo el mismo techo, pueden pasar días sin verse, sin llegar a la casa, y nadie los busca, es un caos total.

Quien permanece mayor tiempo en su casa es la hermana mayor, es quien normalmente prepara algo de comida y realiza algunas labores propias del hogar.

Los demás familiares no están cercanos a la familia de Lulú precisamente por todo lo que en esa casa se vive, existe un cierto rechazo a la familia mayormente por los problemas presentados por la mamá de Lulú. Sin embargo en algunos eventos de la familia, los invitan.

Área social:

Tiene pocos conocidos aquí en la ciudad, sin embargo con los que tiene se relacionan de manera muy superficial, siempre en torno al “reventón”. Se reúne frecuentemente con cuatro o cinco personas incluyendo a su pareja, compran bebidas embriagantes, cigarrillos y botanas, cantan, juegan a las cartas, e ingieren demasiado alcohol, es su manera de sociabilizar.

Área Laboral:

No tiene un trabajo estable, le gustan las cosas fáciles, ni idea del compromiso de un trabajo formal. Ha trabajado en una tienda de artículos deportivos, donde por andar en el reventón, al día siguiente llegaba tarde, o no llegaba y la despidieron. Posterior a ello prestó sus servicios a una aseguradora, haciendo de éste un empleo muy inestable, ya que le pagaban por comisiones de acuerdo a las ventas y no empleaba el tiempo ni la constancia necesaria para que fuera un trabajo redituable. Ha vendido productos por catálogo, y de igual manera, es muy precaria su percepción.

Utilización del tiempo libre:

Es mínimo el tiempo que emplea en el trabajo, por consiguiente cuenta con bastante tiempo libre el cual emplea mayormente en ver la televisión; se puede pasar toda la tarde viendo

películas e ingiriendo comida chatarra. Cuando se da la ocasión por las noches ella y su pareja se reúnen con una o dos parejas a ingerir alcohol, cigarrillos y a platicar de sus aventuras.

3.2. DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO:

Criterios diagnósticos que marca el DSM - IV (1995) para el Trastorno Límite de la Personalidad.

Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario: La paciente a quien se hace referencia en este estudio, cumple totalmente con este criterio, ya que ha evitado bajo infinidad de circunstancias el abandono de su actual pareja, incluso hubo un intento suicida para tal efecto, aún a sabiendas que es una relación muy destructiva.

Presencia de un patrón de relaciones interpersonales intensas e inestables, alternancia entre los extremos de idealización devaluación. La paciente muestra un patrón generalizado de inestabilidad en sus relaciones interpersonales, no tiene amistades significativas, cuando conoce a alguien de inmediato utiliza el mecanismo de la idealización, no ve a otra persona con tantas cualidades, la idealiza y al poco tiempo, toda vez que aparece un pequeño detalle respecto de esa persona, la devalúa totalmente, ahora la denigra y para ella pierde todo valor, oscila de un extremo a otro. Realiza cambios dramáticos en relación a la percepción de los demás.

Autoimagen o sentido del sí - mismo inestable de forma persistente. La paciente presenta cambios bruscos en relación a su autoimagen, en ocasiones manifiesta ser un ser nocivo para toda la gente, se considera dañina, inculta y mediocre y en pocos minutos se dice un ser humano letrado, con vastos conocimientos en literatura e inglés. Temporalmente considera tener grandes aptitudes para ser una profesionista, sin llegar a concretar en algo específicamente, y posteriormente se dice no contar con la capacidad necesaria para emprender una carrera universitaria, dado que difícilmente terminó la preparatoria en una escuela para trabajadores donde le dieron muchas facilidades para ello. Es una joven que bien podría seleccionar un poco más el tipo de amistades, sin embargo no lo es en absoluto, así puede conocer algún tipo de 50 años, no importando su ocupación, su educación, o puede conocer un chico de 17 años y con ambos establecer un tipo de relación.

Impulsividad dañina para sí misma. Esta chica muestra impulsividad en diversas áreas que resultan ser de peligro para sí. Ingiere demasiado alcohol cuando se encuentra en reuniones

con su pareja y algunos conocidos, conduce en ocasiones de manera irresponsable, no cuenta con licencia para ello. En estado de ebriedad sufrió un accidente a los 17 años en el Circuito Interior del D. F. quedando el carro inservible. Teniendo su madre que aportar una fuerte suma de dinero a fin de que la dejaran en libertad.

En relación a su sexualidad, de igual forma presenta irresponsabilidad en demasía, no sabe ni con quien establece ese tipo de relaciones lo cual conlleva un gran riesgo.

En relación a sus gastos, no administra adecuadamente sus ingresos, trabaja poco y por consiguiente gana igual; y el día que cobra se gasta todo el dinero en comida chatarra y chucherías, no guardando lo necesario ni para el transporte.

La paciente muestra hiperfagia como una compensación al vacío existencial que vive.

Inestabilidad afectiva. Es una chica que presenta amargura persistentemente, y con mucha facilidad la ira la hace presa, mostrándose muy explosiva y violenta con los demás, ha recurrido a defenderse de manera muy primitiva golpeando a otras mujeres e insultando verbalmente a otros, con mucha dificultad para controlarse, primordialmente en la fase inicial del tratamiento.

Sentimientos de vacío crónico. Lulú es una joven que desde que tiene consciencia, ha sido víctima de sentimientos crónicos de vacío, no le encuentra sentido a las cosas, ni a la vida misma.

Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves. Lulú tiene ciertas ideas de corte paranoide, siente que los hombres que la ven, quieren tener una experiencia de tipo sexual con ella. Si alguien le hace alguna pregunta, considera que pretende obtener algo de ésta.

Por contemplar los criterios diagnósticos señalados en el DSM – IV para caracterizar el Trastorno Límite de la Personalidad ya que presenta un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la afectividad, la autoimagen y se observa un alto grado de impulsividad, existen elementos suficientes para diagnosticar a la paciente con este Trastorno.

3.3. DIAGNÓSTICO PSICOANALÍTICO.

Desde la teoría psicoanalítica y de acuerdo a la propuesta de Kernberg para diagnosticar la Organización Fronteriza de la Personalidad se llevan a cabo desde tres tipos de análisis, a saber, análisis descriptivo, estructural y genético dinámico.

Análisis Descriptivo.

El análisis de los aspectos descriptivos de la psicopatología, cuando son muy marcados, posibilita el diagnóstico presuntivo de la organización fronteriza, y posterior a ello el diagnóstico definitivo se sustenta en la patología yóica característica y ello depende del análisis estructural.

Ansiedad.- La paciente muestra una ansiedad crónica, que mitiga a través de hiperfagia (síntoma alimenticio de origen neurogénico - ansioso, sin relación con el apetito).

Neurosis polisintomáticas.- en esta categoría la paciente presenta:

Hipocondriasis. Crea enfermedades para sí, se dice estar enferma del corazón, para lo cual no ingiere ningún medicamento, no está bajo tratamiento. Portadora de una afección músculo esquelética a nivel de rodillas, ante lo cual no hay doctor que pueda curarla.

Tendencias Paranoides. La paciente presenta este tipo de síntoma cuando piensa que si un hombre la ve, es porque quiere tener relaciones sexuales con ella. Toda la gente que se acerca a ella es haber que le sacan. Percibe que las demás personas la ven como si fuera una prostituta.

Tendencias sexuales perversas polimorfos.- Muestra inestabilidad en las relaciones objetales conectadas con estas interacciones. Cambia constantemente de objeto sexual. Han existido ocasiones en que tiene este tipo de relación con un objeto del cual desconoce su nombre.

Neurosis y adicciones por impulso.- La erupción repetitiva y crónica del impulso gratifica necesidades instintivas. Cuando se presenta la oportunidad ingiere alcohol de manera desmesurada, no previendo que debe trabajar al siguiente día.

Tiene serios problemas alimenticios, consume demasiados carbohidratos, al grado que no puede parar, no come uno o dos chocolates, se come todo el contenido de la caja de éstos.

La paciente muestra ciertos síntomas de cleptomanía, el día que conoció a su actual pareja, ambos tomaron indebidamente productos de una tienda de autoservicio, manifiesta ser muy hábil en ello desde pequeña, extraía dulces, refrescos, paletas y demás chucherías de diferentes tiendas sin que nadie se percatara de ello.

Esta situación fue en incremento a tal grado que robaron unas tarjetas de crédito de gente conocida en el D.F. e hicieron mal uso de ellas por lo cual tuvieron que salir de aquella ciudad y refugiarse en Morelia. Aquí también han delinquido en algunas tiendas.

Análisis Estructural.

MANIFESTACIONES ESPECÍFICAS DE LABILIDAD YOICA.

La falta de tolerancia a la ansiedad.- Se observa en la paciente, cuando una mayor ansiedad que la que cotidianamente experimenta le provoca nuevos síntomas o regresiones yóicas. Cuando se enoja en demasía, se desborda grita patalea, característico de una pequeña, no de una chica de su edad.

Falta de control de impulsos.- Es una constante en la paciente, en relación a la sexualidad, la alimentación, la ira. En el momento de la erupción de algún impulso, busca la gratificación de la necesidad instintiva sin reflexionar en las consecuencias.

La falta de control de impulsos es el reflejo de un incremento de la ansiedad. Se representa como una impulsividad errática e impredecible

Deficiente desarrollo de canales de sublimación.- Regularmente la paciente utiliza de manera muy precaria este mecanismo dada su impulsividad, lo que ella busca es la descarga de la pulsión.

Operaciones defensivas específicas:

Escisión - mecanismo que utiliza constantemente, divide a su sí mismo y a los objetos en totalmente buenos o totalmente malos, mantiene en proceso activo la separación entre las introyecciones e identificaciones de cualidad opuesta, y la posibilidad de que un objeto oscile de manera radical y abrupta de un polo a otro.

Idealización Primitiva - Produce imágenes objetales totalmente buenas, poderosas, alejadas totalmente de la realidad, manifiesta fantasías primitivas que funciona como una estructura protectora creada para satisfacer la necesidad de protección contra el mundo de los objetos peligrosos. Idealiza preferentemente a los hombres que acaba de conocer, piensa: “éste sí me entiende no como el anterior”.

Identificación Proyectiva – Mecanismo que la paciente utiliza con mucha regularidad. Existe mucha ansiedad en ella y la proyecta desmesuradamente, lo cual percibo en forma intensa. La finalidad es externalizar la imagen de sí misma agresiva y totalmente mala, depositarla en la terapeuta y con ello poder controlarla.

Negación – La paciente llega a reconocer de manera intelectual las áreas negadas; sin embargo carece de capacidad para integrarlo al resto de la experiencia emocional; ello debido a que lo negado permanece reprimido por no haber tenido acceso a la consciencia. Ésta se percata de que en algunos momentos sus pensamientos y sentimientos acerca de sí misma y de los demás, son totalmente opuestos a los que experimenta en otro momento.

Omnipotencia y Devaluación – La paciente muestra identificación con un objeto totalmente bueno, idealizado, poderoso y grandioso, a través de lo cual manifiesta sus tendencias omnipotentes y grandiosas. En momentos piensa que es lo máximo, que tiene una grandiosa capacidad intelectual, que es un ser humano muy completo y que va a llegar muy lejos.

Por otro lado cuando el objeto externo ya no le proporciona la gratificación y protección, éste es devaluado por el temor de que llegue a transformarse en objeto perseguidor temido y odiado. Ejemplo de ello es cuando la paciente establece una relación, en el momento que

se siente protegida y gratificada, todo va bien, en cuanto siente que ese objeto ya no brinda la gratificación y cuidado que ésta necesita, lo devalúa, lo denigra, ubicándolo en el polo contrario.

Prueba de realidad – La paciente no muestra en ningún momento la presencia de delirios o alucinaciones; aunado a ello, desde un inicio ha mostrado capacidad para empatizar con las observaciones que se le hacen a través de la clarificación. Por tal motivo se dice que mantiene la prueba de realidad intacta.

Patología de las Relaciones Objetales internalizadas – Las relaciones objetales internalizadas de la paciente muestran ser disociadas y sumamente primitivas, las cuales se reactivan en la relación transferencial.

Existe una incapacidad para sintetizar las introyecciones e identificaciones buenas y malas. El Yo de la paciente muestra imágenes de sí mismo primitivas, irreales y contradictorias, lo que impide la formación de un concepto integrado de sí mismo y de las imágenes objetales. Por tal circunstancia sus imágenes o son totalmente buenas o totalmente malas.

La paciente ante su tendencia a la desvalorización de los objetos, muestra la falta de integración del Superyó. Ello lo realiza con todos los objetos una vez que ya no los percibe como gratificantes, particularmente las imágenes parentales significativas.

La capacidad para evaluar a los demás de manera realista es limitada, percibiendo a éstos como distantes, sus relaciones son superficiales.

Mantiene cierta prevalencia a manejar, explotar y desvalorizar a los demás con el propósito de controlar el entorno y evadir la aparición de temores paranoides primitivos.

Se detectan carencias en el concepto integrado de sí mismo y de los objetos totales, por consiguiente la paciente muestra el Síndrome de Difusión de la Identidad.

ANÁLISIS GENÉTICO DINÁMICO

Desde la perspectiva Psicoanalítica, las funciones de los aparatos autónomos primarios de la paciente se desarrollaron normalmente. Sus primitivas introyecciones se derivaron de la

interacción con su madre, las cuales estuvieron matizadas por componentes afectivos de gran intensidad, con predominio de los afectos frustrantes más que los gratificantes;

Estas primitivas introyecciones se pueden ver como un precipitante en función del cual se consolidaron los núcleos yóicos. Tuvo dificultades en la conformación de las representaciones intrapsíquicas diádicas por haber tenido por madre una mujer alcohólica, negligente, distante, emocionalmente ausente, promiscua, con serios problemas en la ejecución de su rol materno. Situación que ulteriormente habrá de conflictuar, en la adolescencia y la vida adulta, la interrelación de ambas.

Por la incapacidad del Yo primitivo para integrar las introyecciones de valencias opuestas, se produce una separación drástica de las introyecciones de valencias positiva de la de valencia negativa.

En un segundo momento, Lulú separa las introyecciones de cualidad afectiva diferente, poco a poco con fines defensivos. Con esta operación, ella pretende impedir la angustia surgida por el predominio de las introyecciones negativas y la necesidad de proteger la integración de las introyecciones positivas en un primitivo núcleo yóico.

La fusión de los objetos internos buenos, constituidos por autoimágenes e imágenes objetales un tanto indiferenciadas y los objetos externos buenos, integran la primera organización defensiva del Yo de la paciente. Las introyecciones negativas que son las más, son expulsadas y vividas por la paciente como el no - yo.

Se instaura en la paciente esta separación activa denominada escisión, la cual mantiene separado al Yo de placer del no – yo. La escisión llega a su punto máximo, permitiendo la proyección total de las introyecciones negativas en el afuera, como una operación protectora contra la ansiedad. Esta escisión temprana y excesiva de la paciente amenaza la integridad de su Yo. Impidiendo con ello que el Yo pueda desarrollar su función Sintética, se obstaculiza la integración de los afectos, la del sí mismo y el desarrollo del mundo de las representaciones. Con ello sus representaciones objetales son parciales e irreales.

Ulteriormente la escisión patológica se instauró en la paciente bajo la forma de escisión del Yo como organización, afectando al sí mismo, a la identidad del Yo, al establecimiento y consolidación de los límites Yóicos, promoviendo la debilidad del Yo.

La carencia en el desarrollo de la función integradora del Yo en la paciente, conlleva a la falta de instauración del mecanismo de la represión. Las manifestaciones de vacío crónico, la conducta contradictoria, las percepciones huecas, empobrecidas del otro, las auto percepciones contradictorias de la paciente sugieren la presencia del Síndrome de Difusión de la Identidad. El pobre control de impulsos y la marcada presencia de la ansiedad de Lulú, nos aportan pistas de la existencia de la debilidad del Yo.

3.4. TRABAJO PSICOTERAPÉUTICO.

El trabajo con la paciente se realizó durante dos años y diez meses. Y el material se presenta de la siguiente manera:

Durante las 4 primeras sesiones para efectos de diagnóstico se trabajó con la Entrevista Estructural de Kernberg. Por ello y para que los lectores tengan un panorama más amplio del caso a tratar, las sesiones se muestran completas y se realiza un análisis de éstas.

Por tal motivo desde un inicio, la terapeuta realiza intervenciones enfocadas en el aquí y ahora paciente - psicoterapeuta, a través de la clarificación, confrontación e interpretación de los conflictos de identidad, la distorsión de la realidad, los mecanismos de defensa y las distorsiones de las relaciones objetales internalizadas.

Posteriormente el trabajo se presenta en 3 etapas en cada una se analizan los aspectos contenidos en los Ejes Temáticos los cuales se vierten a través del Procedimiento Psicoterapéutico (Relaciones Objetales, Pulsión de Muerte, Transferencia y Contratransferencia). Los dos primeros se integran al finalizar las sesiones. Y al término de cada bloque se hace referencia a la Transferencia y Contratransferencia manifiesta durante cada una de las etapas.

ETAPA INICIAL.- comprende los fragmentos más significativos de sesiones contenidas en el bloque de la 5 a la 43. Y se numeran del 5 al 9. Este bloque contiene exclusivamente parte del trabajo de inicio del tratamiento.

Durante esta etapa inicial se pretende realizar un trabajo de acuerdo a los aspectos contenidos en la Terapia de Expresión de Kernberg.

Establecimiento de un encuadre tantas veces como sea necesario, dada la estructura de la paciente y su tendencia a romperlo.

Interpretación sistemática de la transferencia negativa en el aquí - y - ahora, con la finalidad de que ésta pueda acceder a un mejor nivel.

Interpretación de los mecanismos de defensa primitivos en relación a lo que acontece en la relación transferencial inmediata, dirigida totalmente a lo actual, a lo que sucede en la misma conexión transferencial.

La finalidad es que las transferencias primitivas determinadas por relaciones objetales parciales, paulatinamente vayan transformándose en transferencias de más alto nivel o en relaciones objetales totales.

ETAPA INTERMEDIA.- Esta etapa contiene fragmentos significativos de las sesiones comprendidas en el bloque de sesiones de la 44 a 87. Y se numeran del 10 al 14. Este bloque contiene parte del trabajo de mitad del tratamiento.

En esta etapa se continúa con la interpretación de la transferencia negativa ya que ésta es la herramienta técnica fundamental en este tipo de psicopatología. Durante esta fase se incluye la clarificación sobre la interpretación que hace la paciente respecto de las interpretaciones de la terapeuta.

De igual manera se interpretan las constelaciones defensivas, ya que su interpretación refuerza el yo de la paciente y trae un cambio estructural intrapsíquico.

Se continúa manteniendo el encuadre, ya que éste va ofreciendo estructura a la paciente.

ETAPA FINAL.- En esta etapa se integran sesiones pertenecientes al último bloque comprendido de la sesión 88 a la 130. Y se numeran del 15 al 19 e integra fragmentos significativos de la fase final del tratamiento.

La pretensión en esta etapa, una vez que la transferencia ya no se presente en forma primitiva, sino que se manifieste de manera más avanzada, y que exista una integración de las relaciones objetales parciales en relaciones objetales totales es trabajar en relación a que éstas tiendan a ser más funcionales.

SESIONES DIAGNÓSTICAS

En estas sesiones diagnósticas se aplica la entrevista estructural propuesta por Kernberg, es una entrevista que destaca las características estructurales de los tres tipos de organización de la personalidad. Se centra en los conflictos, síntomas y dificultades que presenta la paciente y en la forma específica que los manifiesta en la interacción en el aquí y ahora con la terapeuta.

La entrevista está diseñada de tal manera que durante ésta, surge la organización estructural y defensiva del funcionamiento mental del paciente.

Dicha entrevista se centra en la interacción paciente – terapeuta y en la clarificación, confrontación e interpretación de los conflictos de identidad, mecanismos de defensa y distorsión de la realidad que la paciente muestra en la transferencia.

SESIÓN: 1

En esa primera entrevista llegan muy puntuales, salgo a recibirlas, me presento ante ellas, las veo muy diferentes una de la otra, les pregunto sus nombres y me percató de que no lleva el apellido de la señora, entonces le pregunto a la joven ¿Qué parentesco tienen? Y Lulú contesta: *“Ella es mamá de mi actual pareja”*. _ La señora X hizo la cita para ti, y pide estar en esta primera sesión, ¿te gustaría que así fuera o tienes alguna objeción? A lo cual responde: *“No hay ningún problema, ella ha estado conmigo”*.

Iniciamos la sesión socializando un poco, y después pregunto:

-Y ¿qué motivo las trae por aquí?, - Ninguna habla, hay un silencio, muy grande, se voltean a ver después de un buen rato la señora le dice: - ¡Dilo, no te dé pena!, Lulú se queda callada, después de un largo rato de silencio dice: *“Porque siempre daño a las gentes que están cerca de mí, porque a nadie le soy grata, porque tengo algo que destruye”*. Interrumpe la Señora, *“Mira hija, tú no tienes nada que destruye, y ¿Cómo que no eres grata?, ¡claro que lo eres!, pero como que no ves las cosas como son, todos estamos preocupados y nos duele lo que te pasa, lo que sí creo es que tu familia necesita estar más al cuidado de ti.*

Yo le pedí a la Dra. Que me permitiera estar aquí porque te quiero decir que cuentas conmigo, me duele verte que sufres demasiado y eres muy joven para eso, yo estaré al pendiente de ti pero me gustaría que pudieras hablar las cosas, mira aquí la doctora te puede ayudar ya te dije que a mi amiga X le ayudó y ya está bien, además por ser mujer te va a entender muy bien, ten confianza, y también con nosotros, queremos que te comuniques que no te encierres en tu mundo que a los demás nos duele verte así.

Lulú empieza a llorar, dura bastante haciéndolo, llora, llora, llora, lo único que se escucha es el llanto de la chica, se me hace extraño la forma en que lo hace, con ello manifiesta un dolor terrible; ante el llanto tan desbordante a la señora se le salen las lágrimas; se acerca a Lulú, la abraza limpia su nariz y las lágrimas. No entiendo con claridad cuál es el motivo de consulta y vuelvo a preguntar _ Y por qué motivo específicamente vienes a consulta Lulú? _ *“Por ser una persona que causa problemas a todos”. _¿Qué tipo de problemas?, “los hago sentir mal, y por eso nadie me quiere, les soy incómoda, no se algo anda muy mal conmigo”.*

T._ Vienes aquí porque sientes que dañas a la gente, que les haces mal con tu presencia, ahora me gustaría saber un poco más de ti, ¿Qué consideras poder decirme de tal manera que lo que digas me sirva para conocerte y formarme una idea más clara de Lulú?

_ *“Bueno, soy una chica, que sin mover un dedo hago daño, la gente me ve mal, desde muy niña me rechazaban”.* (Se hace un largo silencio) y después dice, *“pues yo creo que es eso básicamente”.*

T. _ Lulú, te pido que me hables de ti, que me digas cosas que me sirvan para conocerte a ti específicamente como persona y contestas en relación a cómo te ven los demás; pero en este momento me es más importante saber cómo es Lulú.

- Se realiza esta clarificación, para que la paciente se percate de la dificultad que tiene de hablar de sí misma como persona. Y a través de no responder adecuadamente la pregunta, se observa un indicador de una posible grave patología del carácter.

Nuevamente empieza a llorar de manera desmesurada. La señora dice: _ *“Así la ha de ver doctora, de ahí no la saco, quisiera que dijera qué le pasa, ¿porque así cómo? Yo la verdad no sé qué hacer, me preocupa mucho, lo de menos era que su familia la atendiera pero no, sé*

muy bien que no lo van a hacer, por algo se topó conmigo, yo sé que debo atenderla pero ella no coopera, yo se la encargo mucho, quiero que por favor me le ayude, para mí es mi hija, ¡la quiero tanto! Y voy a hacer lo que pueda por que esté bien.

La abraza la señora apretándola fuerte, y veo la sinceridad de ésta, las dos lloran de forma muy triste, y observó que Lulú no corresponde al abrazo de la señora, la tiene sujeta como una niña pequeñita.

T. _ Te resulta tan complicado hablar de quién es Lulú, que eliges llorar tan tristemente que la señora de igual manera se entristece y yo me sorprendo de la manera tan intensa en que lo haces.

Se interpreta el mecanismo de la identificación proyectiva, ya que al no responder a la pregunta específica utiliza este mecanismo, no porque esté deprimida, sino lo percibo como una manera de poder inmovilizarme, de controlarme y asignarme de inmediato un rol que me haga perder la neutralidad técnica y mis procesos creativos como terapeuta.

Desde esta primera sesión, donde ambas asisten me deja ver muchas cosas Lulú:

“Es la mamá de mi actual pareja” Me indica que ha tenido un gran repertorio de parejas, posiblemente hombres de diferentes edades y que a pesar de su corta edad debe haber tenido algunas experiencias no tan gratas con algunas de sus parejas.

También entiendo que la relación actual, no la tiene considerada como la pareja con quien desea vivir siempre, al decir “actual” me indica que después vendrán otras.

Con ello me señala que es una chica promiscua y que ha tenido serias dificultades para establecer una relación de noviazgo propio de una adolescente.

INTERPRETACIÓN.

MECANISMOS DE DEFENSA:

-Omnipotencia.

“Siempre daño a las gentes que están cerca de mí” “Porque tengo algo que destruye” “Causo problemas a todos”

-Devaluación.

"A nadie le soy grata"

-Escisión.

"Nadie me quiere"

-Identificación Proyectiva.

Mecanismo que prevaleció en la sesión, tanto llanto que el ambiente se percibía denso.

TRANSFERENCIA.

Ésta es asimbólica y predominantemente negativa, su comunicación es primitiva, no comunica verbalizando, lo hace con su llanto, con su persona misma, con la expresión de sus ojos, sus gestos, su vestimenta.

CONTRATRANSFERENCIA.

Me percato de que me siento invadida con esa forma de llorar.

RELACIONES OBJETALES.

Las relaciones que establece con los demás son muy pobres ya que muestra no ser de importancia para nadie. Tiene una distorsión al respecto, considera que es una persona nociva hacia los demás, que a nadie le importa su persona, más la presencia de la suegra y su actitud dicen lo contrario, de lo cual ella no se percata.

Por otro lado la comunicación no verbal de Lulú, en la interacción con la terapeuta está llena de proyecciones de las relaciones objetales parciales activadas en la transferencia.

PULSIÓN DE MUERTE.

La paciente manifiesta dicha pulsión mediante la autoagresión y heteroagresión, la primera en relación a las partes empobrecidas de su persona, a través de la desvalorización que tiene de sí. La manera en que se lastima al llorar de esa forma. La segunda manifestada a través de la heteroagresión, mediante el mecanismo de identificación proyectiva, la paciente

manifiesta su agresión hacia el exterior, en este caso invade la sesión con sufrimiento extremo.

SESIÓN: 2

Lulú llega sumamente demacrada, camina lentamente. Al preguntarle: _Lulú, cual es el motivo de tu estancia aquí? Dice: _" *La verdad no sé, no tiene caso, es muy difícil, ya no me compongo, no tiene sentido mi vida misma, este vacío que tengo nadie lo puede llenar, no hay alguien que me pueda curar. Realmente soy un ser nocivo para los demás, ya que a todos daño, incluyéndome a mí misma. ¡Qué más da si yo no estoy!*"

Una vez que inicia a hablar, lo hace de manera precipitada, casi sin pausas, subiendo cada vez un poco más la voz, y dice: - *¡Son tantas cosas!, me siento tan mal, pero tan mal...* Lloro, llora mucho, la escucho, me pongo a la orilla del sillón acercándome un poco más, llora aún más, le acerco los kleenex, toma uno, llora tanto que le sale flujo nasal y se limpia con la manga del sweater, apoya los codos en las rodillas y sus manos sostienen la cabeza, sigue llorando, levanta la cara y habla con mucho sentimiento, tanto que entrecorta las palabras.

No entiendo muy bien lo que dice, ya que llora y habla al mismo tiempo, la observo y me da la impresión de que es como una niña pequeñita la cual quiere que atiendan porque necesita consuelo y atención, ya que tiene mucho dolor.

Llora de una manera desmesurada, son tantas las lágrimas que vierte que me deja pasmada, se pierden éstas con el flujo nasal, la nariz enrojece totalmente, y los ojos se muestran muy lastimados, me da la impresión de que la garganta le empieza a molestar ya que no puede respirar con la nariz, parece estarse atragantando, parecía que podía llegar a ahogarse con las flemas, el carraspeo el flujo nasal y las lágrimas, no para un segundo de llorar, cada vez incrementando su voz lastimera, (es impactante observar el dolor de esta chica). Busco un espacio y con voz suave y mucho tacto hago la siguiente interpretación

T. _Ya te entendí, tienes tantas cosas que decir, tantos sentimientos que expresar que no sabes cómo empezar, y se te vienen de golpe, como si te fueran a ahogar pero si pudieras ir hablando cosa por cosa a fin de tener una idea más completa de lo que sucede te entendería mejor.

-Esta interpretación se realiza con la finalidad de que la paciente se percate de su funcionamiento, y pueda ir integrando otra forma de comunicación ya que la transferencia es primitiva en su totalidad.

Una vez terminada la interpretación, se me queda viendo con esos ojos tan expresivos, cesa el llanto, tomó varios Kleenex, se sonó la nariz, fue al baño se lavó la cara, tosía y finalmente regresó con una actitud diferente, se sentó y dijo:

_"Tiene usted mucha razón. Intentaré hablar de mis sentimientos que son muchos, en ocasiones ni yo misma los comprendo. Uno de ellos es la soledad en que vivo, no le importo a nadie, nadie se ha preocupado por mí, toda la gente me ve mal, hasta la que no me conoce, me ven en la calle y me miran de forma inadecuada."

-Se observa que conserva su prueba de realidad al empatizar con la terapeuta en relación a que vaya hablando cosa por cosa. Cuando veo prudente realizo la siguiente clarificación

T. *_Dices que nadie se preocupa por ti, que a nadie le importas, sin embargo la mamá de tu pareja me habló muy preocupada por tu situación, quería que te viera cuanto antes, y en la sesión que tuviste con ella, la vi muy dolida y angustiada por lo que estas sufriendo, me parecía que te cuidaba como un familiar muy cercano. Y más aún, está dispuesta a pagar tus sesiones mientras encuentras un trabajo que te permita hacerlo.*

-Con la intervención anterior, al hacer evidente las contradicciones de Lulú, en las que utiliza el mecanismo de la escisión, nuevamente me percató que conserva la prueba de realidad.

-Se queda pensando, se hace un gran silencio sonrío ligeramente y se le sube el color a la cara. Finalmente me dice: *- ¡No me había fijado en eso!*, mostrándose apenada, como descubierta, y finalmente se mostró un tanto incómoda. Le digo que se nos ha acabado el tiempo, y ella me pregunta: *- ¿Por qué me dice eso?* – Te parece que lo veamos en la próxima sesión? *- Es que realmente no le intereso.* Le repito – Lulú se nos acabó el tiempo *¿dijo que a la misma hora y día verdad?*

-la paciente muestra dificultad para decir específicamente el motivo de consulta, existe ansiedad y no habla de algún motivo claro que la haya llevado a terapia. Sin embargo lo dice

con su actuar. *“La verdad no sé, no tiene caso”* En relación a ello Kernberg nos dice que cuando se trata de una Organización Neurótica se tiene bien claro el problema, y de igual forma se manifiesta, de lo contrario debemos estar atentos ya que puede tratarse de una Organización fuera de lo Neurótico.

CARACTERÍSTICAS DEL YO- *“Este vacío que tengo nadie lo puede llenar”* Nos habla de un Yo mal conformado, de un sí mismo no integrado. El sentimiento de identidad es muy precario.

MECANISMOS DE DEFENSA

Devaluación.

“No hay alguien que me pueda curar” “Realmente soy un ser nocivo para los demás”
devalúa a la terapeuta decir que nadie la puede ayudar.

Omnipotencia.-

“A todos daño, incluyéndome a mí misma”

Escisión.

Tiene una percepción errónea de sí misma y de los demás, ya que todo lo ve negativo. Hay una actitud contradictoria al decir que su situación es tan difícil que ya no se compone que no tiene ningún caso que esté ahí, sin embargo ahí está.

“En la entrevista diagnóstica, los cambios repentinos en la percepción del entrevistador, en la del paciente de sí mismo o una separación completa de reacciones contradictorias al mismo tema pueden reflejar mecanismos de escisión en el aquí- y- ahora” (Kernberg, 1987: 13)

Identificación Proyectiva.

Es muy intensa, tanto dolor, angustia, llanto fuera de lo normal, es tanto que me abrumba, me habla con todo, con sus ojos lastimados e hinchados, su nariz enrojecida, su cuerpo un tanto tembloroso, como si tuviera escalofrío, parece como asustada, siento un caos y percibo sufrimiento muy intenso, aun cuando sale, percibo como si hubiese dejado el consultorio impregnado de dolor, dejo abiertas las ventilas, pongo un incienso y salgo un momento a respirar.

TRANSFERENCIA.

Ésta es negativa e indiscriminada, hueca, caótica y sumamente primitiva.

CONTRATRANSFERENCIA.

Me percató de que me siento un tanto triste de escucharla llorar de esa manera, una forma no usual de hacerlo, logra de alguna manera a través del mecanismo de la identificación proyectiva depositar en mi persona un monto de angustia.

Siento que deja el consultorio denso, tengo que limpiar todo, es una invasión tremenda, lo percibo en mi organismo. La veo como una pequeñita que necesita que la consuelen que la guíen, percibo que necesita alguien que se ofrezca como un buen continente.

RELACIONES OBJETALES.

Existen fuertes proyecciones de su sí – mismo devaluado, maltratado en la activación de sus relaciones objetales parciales expresadas en la transferencia. Haciendo uso del mecanismo de identificación proyectiva, donde entran en juego los aspectos no verbales de la comunicación de Lulú, lo cual se diagnostica a través de la activación en la terapeuta de poderosas disposiciones afectivas que reflejan las necesidades que la paciente está proyectando.

PULSIÓN DE MUERTE.

Existe un predominio a la destrucción a través de los mecanismos de defensa utilizados.

AUTOAGRESIÓN.- La realiza en diversos momentos, al mencionar *“soy un ser nocivo para los demás ya que a todos daño”*, se desvaloriza constantemente. Se daña a sí con ese tipo de pensamientos. En algún nivel tiene conciencia de la autoagresión.

HETEROAGRESIÓN.- La sesión en general es muy agresiva; utiliza el mecanismo de identificación proyectiva en forma reiterada, el caos que percibí incluso aún después de finalizada la sesión. El hablar desmesuradamente, sin dar tiempo a una observación. El mostrar esa cara desfigurada, hinchada, rojiza es totalmente agresivo.

SESIÓN: 3

Llega vestida con un pantalón de mezclilla, muy desgastado y deshilachado, muy sucio que durante muchos meses lo llevaba sin excepción, una blusa blanca, que daba la impresión de haberla usado varias veces, y sus tenis, ni que decir, parecía ser que no habían sido lavados desde su adquisición, su aspecto era de descuido total.

Inicia hablando de la impulsividad en relación a la sexualidad, dice que nadie le creería la cantidad de chavos que ha tenido, son tantos que ya perdió la cuenta, se ríe, pero los más significativos han sido Abraham, si no fuera así no se hubiera ido a vivir con él, pero le fue del nabo, únicamente vivieron 4 meses juntos. Y ahora Valentín con quien parece le va a ir de igual forma.

Cambia abruptamente de tema, ahora habla de que es una chica muy nerviosa, que ha sido muy enfermiza, le han prescrito una infinidad de medicamentos y se han incrementado desde los 16 años, dice padecer del corazón, (insuficiencia cardiaca), padece de las rodillas y a la fecha los médicos no saben que es, “no le han dado al clavo” de repente no puede caminar, le sube constantemente la presión arterial y padece de alto colesterol, en fin habla en relación a enfermedades como si fuese una mujer de 80 años.

-Nuevamente cambia el tema, habla constantemente, habla, habla, habla no dando margen a que le haga una interpretación. Ahora habla de que quiere bajar de peso, lo ha intentado en varias ocasiones, pero es tan nerviosa. Frecuentemente su pareja y ella van a la comercial, compran todo lo que pueden, pan, refrescos, chocolates, papas fritas, jamón, y demás cosas que se les ocurre, rentan películas y están comiendo constantemente, no sabe lo que le pasa pero en 2 días pueden acabarse el refrigerador entero, está comiendo demasiado y no puede parar, se gastan todo el dinero y quien la lleva son los papás de Valentín, pues no tiene a nadie más que los pueda ayudar.

-Nuevamente cambia de tema, ahora habla de que es del D.F. no le gusta vivir aquí en Morelia ya que parece un “rancho grandote” donde la gente es muy “fisgona”, y la ven como “animal raro” siente las miradas de todos cuando camina por la Avenida Madero.

Agrega tener la sensación de que si un hombre la ve, es con una mirada sucia; de igual manera considera que la gente la ve como si fuera “una mujer de cascos ligeros”.

- habla de que la mamá de su pareja no la valora, y sin embargo _ *“soy una niña que tiene muchos aspectos positivos, entre ellos, cocino muy bien, se preparar comida china que a todos les encanta, lo cual aprendí con una amiga de mi mamá en el D. F. “aquí dicen preparar ese tipo de comida, pero realmente no saben, en el D. F. Todo es de primera”, soy una chica ordenada y con valores que no tiene la familia de Valentín”.*

T. _ Lulú, dices que sabes preparar buenos alimentos, y me imagino que son de muy buena calidad, tanto que aquí en Morelia no se preparan, y ¿cómo es que te sientas a ver muchas películas con tu pareja y comes una gran cantidad de comida chatarra, cómo es eso?.

-El abordaje interpretativo tiene la finalidad de disminuir la escisión, destacar los objetos transferenciales positivos, asimismo clarificar los negativos en el aquí y el ahora de la sesión.

-Se le viene el color a la cara, se chupa los labios y la veo pensativa, pero finalmente se ve molesta. – *“¡Sí sé hacer una gran cantidad de alimentos gourmet!, en el D.F. llega todo lo mejor, lo actual, la vida es de mucho mejor calidad que aquí, este es un pueblo grande, no, más bien un rancho grandote”*

T. _ Cuando te pido me aclares alguna situación que has mencionado y me parece contradictoria, te molestas y no haces la aclaración, más bien cambias de tema.

Se realiza esta aclaración en función de la interpretación que la paciente realiza de las interpretaciones de la terapeuta, con la finalidad de que observe su funcionamiento.

Vuelve a cambiar de tema y habla de que su familia no la quiere, “cada quien anda en su onda” En ocasiones siente que le quieren hacer daño, no sabe si realmente le interese a la mamá de Valentín, lo que si tiene bien claro es que si alguien se acerca a ella es que “haber que sacan”.

T. _ entiendo que has vivido en un caos, y hoy lo manifiestas aquí, mostrando fracciones de distintos acontecimientos, que iremos revisando poco a poco. Acierta con la cabeza y se hace un largo silencio.

T. _ También comprendo cómo te sientes con todo ello cargando, si tan solo de escucharlo me siento abrumada con tanta información.

-Se hace la interpretación del mecanismo de defensa de la identificación proyectiva que es muy intenso, con la finalidad de que prevalezca la neutralidad técnica, devolviendo las emociones que se dan en el vínculo terapéutico.

Me llama mucho la atención que la paciente durante varios meses, llegaba:

“vestida con un pantalón de mezclilla, muy desgastado y deshilachado, muy sucio,”

“blusa blanca que da la impresión de haberla usado varias ocasiones”

“tenis que parecían nunca haberse lavado “

“Con un olor muy característico, a sucio”.

Con todo ello me decía indudablemente algo de lo que en su momento no me pude percatar, “se sentía desgastada de tanto uso”, Sucia en cuestión libidinal.

MECANISMOS DE DEFENSA

Omnipotencia.

“Nadie me creería que cantidad de chavos he tenido” “Son tantos que ya perdí la cuenta” En el D.F. todo es de primera”

.Devaluación.

“Los médicos no saben por qué me duelen las rodillas, “no le han dado al clavo”. La mamá de mi pareja no me valora, aquí no saben preparar comida china” ¡Morelia parece un rancho grandote!, Donde la gente es muy fisgona”

Eacisión.- Lulú es una chica de 18 años y se manifiesta como una mujer de 80 con las enfermedades que dice tener.

“Soy una niña muy positiva, cocino muy bien, soy una chica ordenada y con valores, los cuales no tiene la familia de Valentín; Aquí en Morelia no saben preparar comida China”.

-Lulú se ha mostrado como una persona mala, que daña y ahora se muestra muy positiva ordenada; habla de ingerir alimento chatarra durante horas viendo televisión, lo cual suena contradictorio a su destreza en la preparación de alimentos gourmet. *“La oscilación repetitiva entre conceptos contradictorios del sí mismo es otra manifestación del mecanismo de la escisión”* (Kernberg, 1987: 29)

Identificación Proyectiva.- Tanta información es como un bombardeo, llega y proyecta toda su ansiedad. Cuando ella se va, cambia su actitud, se va tan campante y yo me quedo con algún grado de ansiedad.

TRANSFERENCIA.

Se manifiesta en forma masiva, indiscriminada y caótica, impensada habla de una cosa y no concluye, habla de otra etc. Se manifiestan pautas transferenciales predominantemente negativas.

CONTRATRANSFERENCIA.

Me agota tanta información, me percato a través de la identificación proyectiva que no es una paciente que corresponda al ámbito de lo neurótico, lo registro en mi persona.

RELACIONES OBJETALES.

Carece de estabilidad y profundidad en las relaciones objetales, sus relaciones con los demás son caóticas, huecas. Existe una alteración en la percepción de los demás.

PULSIÓN DE MUERTE.

Manifiesta fuertes tendencias a la aniquilación a través de:

HETEROAGRESIÓN. Resultó ser una sesión sumamente agresiva, a través del caos, del mecanismo de identificación proyectiva, el cual utiliza a la perfección.

AUTOAGRESIÓN. Manifestada a través del mal uso de su sexualidad y la ingesta indiscriminada de alimentos.

SESIÓN: 4

La paciente habla de la relación con su familia, distante, sin sentido, no se preocupan ni sus hermanos, ni su mamá por ella. –*“No merecen ni que hable de ellos”, no vale la pena no me siento de esa familia”*. Lloro de forma muy apesadumbrada durante gran parte de la sesión. Después de que habló un buen rato de su familia, de lo malos que son. Realizo la siguiente interpretación:

T. _ Debe ser una situación muy difícil para ti llena de dolor, tanto que durante las sesiones que llevamos siento que llegas con el dolor y me lo lanzas, sin hacer un análisis de ello, como si lo vaciaras, y después te veo que te vas tan tranquila. Se sonrío y acierta con la cabeza.

Se interpreta la transferencia negativa manifiesta y latente, utilizada a través del mecanismo de identificación proyectiva ya que la paciente se muestra un tanto gratificada con la expresión de sus impulsos agresivos; con la finalidad de ayudar a la paciente en la integración de su sí – mismo y de sus objetos internos para dar paso a la construcción de un objeto total.

Posteriormente habla de un hombre de 25 años con el cual vivió en unión libre durante 4 meses, cuando ella tenía 15. *“lo adoraba, tanto que fue el amor de mi vida, Era el mejor hombre del mundo, guapísimo, buena onda, alegre, simpático y cuando nos separamos sentí morir, el problema fue que asistí a un “antro” en la ciudad de México con mis amigas, él había salido a Cuernavaca a ver unos negocios de su papá y regresaría al día siguiente.*

“Mis amigas y yo estábamos muy alcoholizadas e hicimos cosas inadecuadas”. -¿a qué te refieres al decir cosas inadecuadas? –“Nos fuimos al depa de mi novio seguimos tomando. Bailamos, y creo que nada más, el problema es que nos dormimos por el cansancio como a las 5. Mi novio llegó y se me armó. Ya no regresé, me fui con otras cuatas, tuve muchos chavos. Nadie es como él. Nunca voy a encontrar alguien así, no lo puede haber. Ahora con el Valentín, no entiendo, tenemos mucho tiempo, lo conocí en un antro, y al día siguiente nos sacamos unas cosas de gigante”.

Durante esta sesión hablas de la forma en que ves a la gente, a tu familia la percibes como mala y al joven con el que viviste 4 meses lo ves como lo máximo, no le encuentras detalle negativo, incluso consideras no puede haber alguien como él. Considero que algunas cosas buenas deben tener en tu familia, y el chico en la realidad no puede ser tan perfecto, algo malo ha de tener.

Esta confrontación de la transferencia primitiva específicamente el mecanismo de escisión se lleva a cabo con la finalidad de que realizando constantemente este tipo de intervenciones, se propicia una transformación de las relaciones con objetos parciales en relaciones con objetos totales.

INTERPRETACIÓN:

Prevalencia de los mecanismos de defensa de bajo nivel:

Devaluación.

_“No vale la pena hablar de mi familia”.

Omnipotencia.

_“No me siento de esa familia”

Idealización Primitiva.

–“Era el mejor hombre del mundo, guapísimo, buena onda, alegre, simpático” “Nunca voy a encontrar a alguien así” “Nadie es como él, no lo puede haber”

Escisión.

– “Nadie se preocupa por mí.

Identificación Proyectiva. –

Existe un gran monto de ansiedad y de dolor, el cual llega y percibo lo deposita, este mecanismo lo percibo muy intenso.

TRANSFERENCIA.- Ésta resulta ser predominantemente negativa, primitiva y sumamente caótica. Utilizando exclusivamente mecanismos de defensa de bajo nivel.

CONTRATRANSFERENCIA.- El dolor mostrado por la joven me hace sentir un tanto triste, y percibo la soledad que vive Lulú.

RELACIONES OBJETALES.

Durante esta sesión. La paciente proyecta ampliamente las representaciones objetales parciales, su familia está en el polo de valencia negativa y el novio con el que vivió 4 meses se encuentra en el polo opuesto, de valencia positiva.

“La importancia de diagnosticar al paciente como un individuo total, y evaluar su vida interna de relaciones objetales en términos de su concepto de sí mismo y de los otros significantes” (Kernberg, 1987)

PULSIÓN DE MUERTE.

Manifiesta intensamente conductas tendientes a la destructividad, a través de la autoagresión, al ingerir de esa manera alcohol, mediante su conducta promiscua, temeraria, al exponerse a tomar cosas indebidas de una tienda de autoservicio.

La sesión en sí misma resulta muy agresiva, una forma de manifestar la heteroagresión es utilizando el mecanismo de la identificación proyectiva para tal efecto.

FASE INICIAL DEL TRATAMIENTO.

SESIÓN 5

Para esta sesión ya se tiene el diagnóstico de Lulú, ante lo cual se informa que se le puede dar el tratamiento bajo ciertas condiciones que nos ayudarán a realizar un mejor trabajo, se le indica que en la medida de sus posibilidades exprese sus sentimientos de forma verbal, que no puede haber bajo ninguna circunstancia agresión física tanto para la terapeuta como para las cosas del consultorio, que las sesiones serán de 50 minutos en el día y horario acordado, y no habrá cambios de horarios de última hora, tal como se había acordado desde

un inicio, de igual manera si falta a la sesión deberá pagar el importe de ésta. Ante el incumplimiento de dichos aspectos se podrá referir con otra psicoterapeuta.

Se volvió a reconfirmar el encuadre hacia el trabajo psicoterapéutico, dado que observo el mecanismo de omnipotencia de la paciente en términos de destrucción a éste.

Ante lo cual responde: *“me parece muy bien doctora, estoy totalmente de acuerdo”*. Una vez establecido lo anterior se inicia la sesión.

Lulú da un giro completo en relación a la actitud que mostró al llegar al consultorio se veía que aceptaba las condiciones planteadas. Ahora comenta *“la vida es como en blanco y negro no le veo color alguno, siento un desgano total, no le veo sentido a las cosas, y creo que no me sirve venir aquí”*.

T. _ Lulú aceptas de muy buen modo las condiciones que se establecen para tu tratamiento, y posterior a ello dices que no te sirve venir aquí, es totalmente contradictorio; y dicha contradicción me la reafirmas con la percepción que mencionas de que la vida es como en blanco y negro, me indicas como cambias de un polo a otro. Y observas mayormente en color negro.

-Se realiza dicha confrontación a la transferencia negativa, específicamente al mecanismo de la escisión, que tiene que ver con la agresión, con la devaluación; ello con la finalidad de ayudar a la paciente en la integración de sus objetos internos y permitir la construcción de un objeto total.

RELACIONES OBJETALES.

Son de baja calidad. Al establecer ciertas normas para realizar un mejor trabajo, se entiende que habrá un mayor compromiso en la relación terapéutica y la paciente como problema principal presenta su falta de logro de una relación constante con un objeto en el que pueda confiarse y del cual pueda depender frente a su agresión hacia él.

PULSIÓN DE MUERTE.

Es utilizada por la paciente durante la sesión, específicamente a través de la heteroagresión manifiesta a través de los mecanismos de defensa de la devaluación, la cual ejerce hacia la persona de la terapeuta, y la identificación proyectiva que proyecta transferencialmente.

SESIÓN. 6

Lulú llega 15 minutos antes de que termine el tiempo de su sesión. Se ve muy demacrada, marchita, su apariencia no corresponde a una chica de su edad, representa ser una mujer 10 años mayor. No dice nada de su llegada tarde; le indico que vamos a trabajar durante los 15 minutos que restan de su sesión, y le vuelvo a recordar el horario que le corresponde, asimismo si falta deberá cubrir el importe de la sesión. Ante lo cual se indigna, se ve muy molesta y me contesta: *-¿Será capaz de cobrarme una sesión completa por 15 minutos?* Le indico que quedó bien establecido desde un inicio y me dice: *-“Ya se mi horario pero no creí que por ¡15 minutos!, ¡híjole! Yo la veía distinta eh, en fin. - ¿Cómo me veías?, -“No sé, más justa. – ¿Consideras injusto que se respeten los acuerdos que se establecieron desde un inicio? - Oye pero estás muy molesta, -“Yo sé que fue un acuerdo pero no pude llegar a tiempo.”*

T. *_No viniste a tiempo a tu sesión pero sí a verificar que estuviese aquí esperándote, como verificabas en otros tiempos que tu mamá estuviera en casa cuando llegabas de la escuela, y a mostrar tu agresión para que yo me enoje contigo pero te entiendo y no me enojo, siempre que sea tu horario voy a estar aquí a menos que por alguna situación imperante no pueda hacerlo te avisaría con anticipación.*

-Realizo esta interpretación en torno a la agresión mostrada por la paciente, con la finalidad de analizar las reactivaciones en el aquí y ahora de las relaciones objetales internalizadas del pasado.

-Al escuchar la interpretación, inicia con el llanto lastimero que ha mostrado en otras ocasiones. -¿Qué sucede Lulú? -¿Sabe?, nunca nadie me espera, la próxima vez estaré a tiempo.

RELACIONES OBJETALES.

Durante esta sesión Lulú confronta y desacata las normas preestablecidas, donde se puede observar la relación confrontativa que lleva con su mamá. Asimismo deja ver la inconsistencia que tiene del objeto original. Traslada la relación objetal de su vínculo primario a la relación analítica.

PULSIÓN DE MUERTE.

HETEROAGRESIÓN.- Lulú se muestra agresiva con la terapeuta al decir “¿Será capaz de cobrarme una sesión completa por 15 minutos”? ¡Híjole! Yo la veía distinta eh...!

Es evidente el predominio del proceso primario inconsciente en la necesidad de descargar la pulsión a través de la agresión a los objetos.

SESIÓN 7

En esta sesión Lulú habla de que nadie la quiere, excepto su papá.

¡Todos los adultos son iguales, ven por su propio beneficio, no nos entienden a los jóvenes, ni a los niños atienden como se debe!

T. _ Nuevamente estás muy enojada Lulú. Hay mucha agresión en ti, y eres agresiva aquí mismo en tus sesiones. Yo también soy una persona adulta y entiendo tu situación. Y no todos los adultos somos iguales.

- Se interpreta la agresión de la paciente que es una constante y el mecanismo de defensa de la escisión.

¡Claro que estoy muy enojada! He estado recordando muchas cosas que me hacen sentir así, tengo muy presente la ocasión en que le pegué a una escuincla en preescolar cuando me quitó un osito de peluche que me había comprado mi papá, me dio tanto coraje, que me la desgreñé y le ralloné todo el dibujo que hizo, llegó la maestra al oír que se puso a gritar la escuincla, y no preguntó qué pasaba, nada más la vio toda greñudota y todos dijeron que yo le había pegado, entonces me jaló de una oreja y me saco del salón, hasta que mi papá llegó por mí.

Le dio la queja diciéndole que eso no lo podía tolerar, mi papá estaba serio conmigo y me llevó a la casa, sin decir nada. Como me suspendieron tres días mi mamá se puso tan fúrica que cuando estuve sola con ella, agarró un cable de la plancha y me golpeó tan fuerte que me dejó marcada, mire aquí tengo las marcas, y así tengo la espalda y las pompas, me tuvo que estar curando mi papá. ¿Y sabe qué? nunca nadie me preguntó cuál fue el motivo, y no quedó ahí, la muy embustera se quedó con mi osito y yo siempre veía que lo traía. ¡Ni la maestra, ni mi papá y mucho menos mi mamá me preguntaron nada! ¡Eso no es justo!

“Otra ocasión estaba en primero de secundaria, fui al baño y una mona de tercero que estaba con sus amigas dijo que en mi mochila seguramente mi mamá escondía su botella y que yo me la iba a chupar porque de segurito iba a ser igual de borracha que ella, todas se carcajearon de mí, inmediatamente me fui sobre ella y le puse una santa desgreñada que me quedé con el pelo en la mano, no me la podían quitar, y era tanto alboroto y griterío que llegaron los prefectos y solo así me la quitaron.

¡Yo no sé de donde saqué tanta fuerza! Pero igual me expulsaron de la secundaria. No me creyó nadie, y me dijeron que no había razón para haberla golpeado así, ¿sabe que me dijo mi mamá?

M. _ ¡Eres una bruta, en ninguna escuela te van a recibir! Tan siquiera yo soy secretaria, pero tú, no vas a ser nada! ¡Te vas a quedar de burra!

_ *“Sí pero lo que me dijeron era por ti, no por mí, me dijeron que eras una borracha”, al decirle eso, me golpeó la cara tan fuerte que me quedó como pintada la mano en el cachete.*

T. _ Y en este momento ¿cómo te sientes Lulú?

- Se queda pensando, voltea para todos lados y finalmente me observa detenidamente diciendo: *“Me siento bien, me siento escuchada, entendida. Me da gusto tener a alguien con quien expresarme.*

T. _ Lulú, tu agresión es tal, que has hablado últimamente de golpizas, de cuando te golpeó tu hermano, las golpizas que te daba tu mamá, los pleitos con los de la combi, con las

vecinas, con todo ello, siento aquí mismo el consultorio denso. Veo una tendencia a la destructividad.

- Nuevamente se interpreta la transferencia negativa que se manifiesta a través de la heteroagresión. Específicamente mediante el mecanismo de defensa de identificación proyectiva.

“Tiene mucha razón yo me vivo así muy agresiva”.

RELACIONES OBJETALES.

La paciente muestra sus incipientes relaciones de objeto, los elementos de su situación infantil bastante primitiva. Se establece un vínculo terapéutico.

PULSIÓN DE MUERTE.

La hace presente a través de la heteroagresividad proyectada en las compañeras de escuela. Y a través del mecanismo de defensa de identificación proyectiva. La paciente muestra empatía ante las interpretaciones de la terapeuta en relación a su agresividad.

SESIÓN. 8

Lulú llega veinte minutos antes a la sesión, la escucho subir la escalera, no se sienta en la sala a esperar que sea su tiempo, llega hasta el consultorio y toca, hago caso omiso unos momentos por encontrarme con otra paciente, y antes de que me ponga de pie, ya está tocando nuevamente. Al salir la saludo y le pido que espere por favor en la sala a que sea la hora indicada ya que estoy con otra paciente, hace muecas de disgusto, mueve la cabeza y alza los hombros retrocediendo hacia la sala de espera.

Una vez terminada la sesión con la paciente, sale y se despide de manera muy amable, igualmente de Lulú la cual no contesta, sin embargo la observa detenidamente, con mucha curiosidad. Enseguida se pone Lulú de pie y viene hacia la puerta, le indico que faltan diez minutos para que inicie su sesión, que espere en la sala. Observo que da un pisotón fuerte, tuerce la boca y se sienta nuevamente, la noto demasiado ansiosa y muy molesta por no haberla atendido de inmediato.

Llegado el tiempo salgo a recibir a Lulú y antes de que yo diga una palabra, se pasa al consultorio muy molesta diciendo - *¿ahora si tiene tiempo par a mí?, jllevo veinte minutos esperando! La vez pasada me dijo que me estaría esperando y por eso llegué temprano y resulta que está con esa, no esperándome”*

T._ Lulú estás muy agresiva, tal parece que con todo mundo, pero en estos momentos depositas tu agresividad conmigo, tal parece que me quieres destruir y esa agresividad la proyectas con todos, incluso con la chica que acaba de irse; de esa manera es que estableces tus relaciones con los demás; en el momento que te pedí esperaras tu tiempo por favor, verbalmente no me dijiste nada, pero con tu conducta no verbal, tus gestos y demás te vi como una pequeñita que deseaba en ese mismo momento ser atendida sin percatarse que otros necesitan también atención.

-Realizo dicha interpretación de la transferencia negativa, específicamente de agresión con la finalidad de dar protección al tratamiento, de devolver lo que en ese momento aprecié. Al interpretar estas transferencias primitivas, que mayormente reflejan etapas de desarrollo anteriores a la constancia objetal, se pretende que haya un cambio de éstas a transferencias más avanzadas correspondientes a la fase edípica.

T. _ Por otro lado Lulú quiero que sepas que no eres mi única paciente, y cada uno tiene un horario específico, el tuyo es de siete a siete cincuenta, no antes, no después, y durante ese horario estaré aquí exclusivamente para atenderte. En el horario de los demás tengo que atenderlos de igual manera.

Inmediatamente veo que una vez realizada la interpretación, hay un largo silencio, se queda muy pensativa y finalmente con un cambio de actitud total, dice: - *“realmente así es, perdón.*

Esta interpretación tiene la finalidad de marcar ciertos límites, de proteger el encuadre ya que éste favorece la permanencia y contención del vínculo.

RELACIONES OBJETALES.

La rabia, el encono, la cólera, se traducen en repetidas conductas de acting, irritabilidad, explosiones emotivas y de una actitud de exigencia permanente en torno al vínculo terapéutico.

Lulú repite con mínimos detalles todos los elementos de su situación infantil bastante primitiva, como son sus incipientes relaciones de objeto, sus intensas emociones arcaicas, su Yo mal conformado y detenido en su desarrollo.

PULSIÓN DE MUERTE.

HETEROAGRESIÓN. Se muestra sumamente agresiva, busca una mínima situación para la descarga de la pulsión. Otra forma no menos agresiva es querer controlar a la terapeuta, atacando el encuadre, queriéndose salir de lo establecido llegando tarde, con mucha anticipación y siendo demandante.

SESIÓN 9

Lulú inicia esta sesión manifestando su enojo por percatarse de que la paciente anterior a ella tuvo una sesión de 55 minutos, 5 minutos más de lo que le doy a ella, mencionando: *“ ¡No es justo yo pago lo mismo, bueno, a menos que me cobre más que a ella, a mi me hace esperar como la vez anterior, si llego tarde mi sesión se acorta! ¿Qué pasa?*

T. *“ Sigues agresiva Lulú parece ser una constante en tu vida, es la forma en que estableces comunicación con toda la gente, y lo has venido haciendo en esta relación terapéutica, siendo muy demandante e incrementando tu cólera cuando no se cubren tus expectativas.*

Sin embargo tu constancia en las sesiones me dice de tu capacidad para trabajar en relación a ello, considero que tienes un potencial para el amor, el trabajo, la creatividad y demás fuentes de gratificación en general.

-Interpreto la transferencia negativa específicamente la agresividad de Lulú que es muy explícita y recurrente durante gran parte del tratamiento, asimismo la transferencia positiva

que se encuentra latente durante las sesiones, y tiene que ver con su presencia, por algo está aquí.

Abre enormemente los ojos, quiere decir algo, pero se traba se observa un tanto temblorosa y finalmente dice: *“Realmente no sé qué decir, sí acepto que soy muy grosera, he vivido con mucha rabia, y créame me siento muy mal en este momento, siento que la he ofendido y darme cuenta me apena”*.

RELACIONES OBJETALES.

Me percato durante esta sesión que algo se movilizó internamente en Lulú, me lo dijo verbalmente, no utilizó lenguaje corporal para ello, no lloró e inmediatamente cambio su tono de voz. Es un logro que reduzca su omnipotencia, y sienta un grado de culpa por su actuar.

TRANSFERENCIA. Observa un leve cambio de la transferencia primitiva a una transferencia más elaborada. Se inicia la reparación de sus objetos internos, me percato de ello toda vez que siente culpa y pena por su agresión.

PULSIÓN DE MUERTE.

HETEROAGRESIÓN. Manifiesta agresión nuevamente hacia la terapeuta, sin embargo observa que no me destruye.

TRANSFERENCIA.

Resulta una transferencia predominantemente negativa, con tendencias al acting – out, y a la activación de las relaciones objetales primitivas patológicas de la paciente proyectadas a la terapeuta.

CONTRATRANSFERENCIA.

En esta primera fase, dadas las características de la paciente y el surgimiento en la corriente transferencial de emociones muy arcaicas, hubo momentos en los que sentía cierto temor y en otros un poco de desesperanza.

FASE INTERMEDIA

SESIÓN 10

Esta sesión Lulú aborda un tema que venía ocultando.

— *“Doctora, he estado pensando y creo que debo decirle algo que me estuvo preguntando en un inicio, vengo aquí porque mi relación con las personas no es la que yo quiero, pero también me trajeron aquí por otro motivo muy fuerte. Estuve en el hospital porque me lavaron los intestinos, usted sabe”* – No, no lo sé, explícame. — *“Bueno, cuando vine aquí fue porque me enviaron del hospital, que porque necesitaba que me viera un psicólogo, nada más que la cita me la daban con un hombre, y mi suegra dijo que sería mejor una mujer. - ¿Y qué es lo fuerte de todo esto? - ¿No entiende?, tomé un puño de medicamentos, lo que pasa es que Valentín se enojó mucho conmigo porque una noche estando con él le dije el nombre de otro chavo, se enfureció y me dijo cosas horribles, me corrió del depa y como no me salió él me dijo que se iba con sus papás que no quería nada conmigo, que era una mujer cualquiera y que no quería saber más de mí; se salió y yo me sentí morir, qué iba a ser yo sola en esta ciudad que no me gusta, no me iba a poder sostener, más bien me dio un temor enorme y sin pensar tanto fui y me tome un puño de diversas pastillas. Mi suegra llegó inmediatamente cuando Valentín entró a su casa y les comunicó que me había abandonado, como está el depa a unos pasos de la casa, llegó rápido, yo me sentía mareada, no me podía poner de pie, veía todo de una manera muy rara; la señora se dio cuenta de inmediato al ver la envoltura y cajas de pastillas, me provocó vómito y me llevaron rápidamente al hospital. ¡Si no fuera por la señora!*

T. – O sea que vienes aquí y conscientemente retienes información de material importante. ¿Qué pasa Lulú por qué tanta agresión?; el mismo hecho de que vengas a terapia y el motivo que te trae lo ocultes es una forma de devaluación hacia mí, ello es agresión. Hemos visto durante este tiempo que tienes mucha agresividad es una constante en tu vida a tal grado que no únicamente agredes a los demás sino a ti misma.

_ “Se realmente que he hecho muchas cosas mal, pero quiero estar bien, por eso lo menciono hoy, y sé que tengo muchas cosas que tratar, y como usted misma me dijo en una de mis primeras terapias, son tantas cosas que poco a poco las iré hablando.

T. _ Cada una en el momento que estés preparada para hacerlo. ¿Escuchaste lo que dijiste?, “si no fuera por la señora”, o sea que te das cuenta de que esa señora ha hecho muchas cosas por ti, te acepta, busca un lugar para que vivas con su hijo, te ayuda económicamente cuando lo necesitas, si va a algún lugar te trae algo de los lugares que visita, o sea que te tiene presente la señora, llega en el momento preciso que necesitas ayuda, actúa rápidamente, está contigo en el hospital deja todo durante tu estancia ahí y todavía más, te trae a terapia, te acompaña en tu primer sesión, pagará hasta que tú puedas hacerlo, te encarga conmigo como si fueras su hija, y tú dices que nadie te quiere.

-Se realiza la anterior confrontación con la intención de que la paciente observe su sentimiento intensificado de fuerza destructiva hacia los objetos, recibo sus proyecciones durante el proceso, las contengo y cuando veo oportuno se las devuelvo, podría decirse un tanto elaboradas o modificadas, para que ella pueda recibirlas e ir integrando una percepción más real de los objetos, que le ayude en la integración del sí – mismo y de las relaciones objetales parciales en relaciones objetales totales.

_ ¡Hórale! Qué mala onda la mía! ¡No entiendo donde tenía la cabezota! Cómo me junta este buen bonche y me lo regresa, como que tengo que empezar a desmenuzar, y verlo desde otro ángulo, porque no puedo creer que yo misma le dije todo ese bonche que no podía ver en su totalidad, creo que estoy aprendiendo a observarme.

RELACIONES OBJETALES.

Inicia el establecimiento de un vínculo no tan perturbado con la terapeuta, comunica sus emociones verbalmente, de una manera más adecuada, permite que la contenga y se muestra empática con la forma en que realizo las intervenciones.

PULSIÓN DE MUERTE.

AUTOAGRESIÓN. En tiempo pasado fue intensa al grado de hacerse un daño de esa magnitud; en este momento ha disminuido en forma considerable, siente culpa de ello, continúa la reparación de sus objetos internos.

SESIÓN 11

_ “El hecho de venir aquí me hace recordar cosas de la casa, que sentía ya había olvidado, en los días festivos y muchos fines, mi papá acostumbraba salirse de la casa, y eso enojaba mucho a mi mamá, no sé realmente a donde iba, pero sí que ella se desquitaba con nosotros.

Un día de esos, tendría yo unos 10 años, y al irse mi papá le vi la cara a mi mamá y parecía una fiera, me daba miedo verla así, pero me fui acercando para que me viera, para estar con ella, y cuál sería mi sorpresa que cuando le toqué un hombro, empezó a gritar muy feo, me aventó en la cama y dijo: _ ¡A ti no te duele que se vaya! ¡Claro, como siempre está contigo, ¡yo no sé porque vive pegado a ti!

_ “Hablaban tan fuerte, que salió mi hermana de su cuarto y al ver que me estaba sujetando, la agarró por la espalda e intentó jalarla hacia atrás, estaba tan enfurecida que golpeó a mi hermana, yo le gritaba que la dejara pero no oía, a mí me aventó para afuera, los vecinos llegaron, no era la primera vez, muy seguido por cierto, venían a defendernos de ella.

_ “¡Mi madre sí que está mal de la cabeza!, y luego no quieren que uno lo esté. Llegó a tal este tipo de incidentes que una ocasión el DIF nos iba a recoger a mi hermana y a mí cuando pequeñas, pero mi papá no sé donde se metió y no pudieron llevarnos.

_ “Estamos alejados de los parientes por la forma de ser de mi mamá, nadie la quiere y en algunas ocasiones la han corrido de su casa por ir a armar unos panchotes”

T. _ Comprendo cómo pudiste sentirte en esos momentos, unas niñas viviendo en tales circunstancias, me estaba imaginando la cara de tu mamá cuando lo mencionabas, pero también me preguntaba cómo era ella cuando no estaba con tanta rabia, porque debió haber tenido momentos agradables contigo y con todos.

- Se interpreta la Pulsión de muerte manifiesta a través de la heteroagresión y el mecanismo de escisión; con la finalidad de que vaya integrando sus objetos parciales tanto internos como externos.

_"Pues, sí pero eso menos lo recuerdo de por sí se me ha borrado todo; haber creo que sí, una vez no alcance a desayunar en la casa, iba en sexto, y pasó algo increíble, mi mamá me llevó una torta tan rica, que nunca he vuelto a probar una igual, es un sabor delicioso, por cierto era de milanesa, cuando llegué a la casa, mi mamá traía un vestido muy bonito y estaba muy contenta no sé porqué, la abracé y ella me dijo que me quería mucho, que ella no estaba muy bien, pero que tuviera siempre presente que me quería".

RELACIONES OBJETALES.

La falta de integración de las representaciones buenas y malas del sí – mismo y de los objetos se manifiesta claramente en la sesión.

PULSIÓN DE MUERTE.

Es una tendencia que viene presentándose desde el inicio del tratamiento, a través de la heteroagresión. Sus mismos relatos llenos de intensa agresividad. Sin embargo se está trabajando en función de reorientar la libido hacia la Pulsión de Vida.

-No se presenta ninguna situación conflictiva, lo cual indica que disminuye la agresión.

SESIÓN 12.

A los 9 meses de tratamiento la paciente abrió un tema prohibido en la familia, el padre de ésta médico cirujano partero, dedicado a la preservación de la vida humana y paralelo a la cuestión clínica, se dedicaba a la práctica clandestina de la interrupción de la vida fetal. Nadie le hablo de ello a Lulú, no lo escuchó en ningún sitio, pero sabía que toda la familia estaba enterada.

Tal parecía que había crecido con ello; no siendo su hija la excepción fungió como brazo operativo en un aborto de Lulú cuando ella tenía 14 años.

Cuando Lulú narró lo acontecido, me sorprendió la forma en que lo hizo, de manera pausada, la coherencia en su hablar, su lenguaje corporal coincidía totalmente con el verbal, por una lado observaba que Lulú ya establecía cercanía en la relación terapéutica, asistía regularmente a sus sesiones, estaba mejorando los vínculos afectivos que era una meta importante en el tratamiento.

Me dio la impresión de que se sentía contenida, confiada, escuchada, Me percate de que había mayor integración en sus representaciones objetales parciales, ya que a su padre lo idealizaba, no había hablado de ningún aspecto negativo de éste, y ahora trataba ese tema tan delicado. Se permitía hablar del padre perverso, observé su sí - mismo con una mejor integración, y la necesidad de ser escuchada en el aquí y el ahora.

Por otro lado cuando terminó su narración, me quedé pasmada, un tanto inmóvil, quise mover los pies y los sentí pesados. Anteriormente hablaba de su padre como un médico reconocido y respetado en su círculo social, quien la llevaba siempre con él, y la traía de la escuela, ya que a la mamá le tenían restringido el acceso; le compraba lo que necesitaba. Lo mostró como un padre cercano emocionalmente.

Cuando le pregunté *¿de quién era el bebé Lulú?* Se soltó en un mar de lágrimas, le sudaban y temblaban las manos y las secaba con su pantalón, se sentía su dolor, lo podía percibir; finalmente dijo: *“No lo sé, realmente no sé si era de un muchacho con el que salía o de mi papá”*. *¿De tu papá Lulú? Sí abusó de mí desde que tenía 11 años hasta que me fui de la casa a los 15.*

-Me quedé muy impactada, se me secó la boca, sentí escalofrío, aunado a todo ello sentí mucha repugnancia, ¡Como podía ser verdad! Tan perverso, su hija una niña de 11 años.

-¿Y tu mamá? ¿Dónde estaba? ¿Sabe de esto? *“Se enteró hace como un año y medio, y me ha pedido disculpas por todo lo que viví de niña, como te he comentado en muchas ocasiones, ella bebía y en algunas ocasiones la hospitalizaron, así que mi papá era quien estaba con nosotros. Nadie más lo sabe te imaginas si sus amigos médicos se enteraran?*

T. _ Entiendo que es una situación muy compleja, el hombre que se suponía debía cuidarte, protegerte, defenderte, darte su cariño, su presencia, todo lo que conlleva ser padre y comete abuso contigo. Fuiste una víctima de tu propio padre siendo apenas una niña. Lo tenías idealizado hablabas de él como un gran padre, sin mencionar esa parte perversa de él, Y ahora lo percibes de manera más integral.

_ *“Sí realmente no quería ver que me hizo mucho daño, sentía que era lo único bueno que tenía en el mundo, esto lo había borrado de mi mente, no quería aceptarlo porque sentía que me quedaba sin nada”.*

T. _ Quiero decirte Lulú que a pesar de que esto es muy fuerte, impactante, lo has hablado de tal manera que siento la confianza y la seguridad que das a este espacio psicológico creado por ambas y ello es un gran logro.

Se interpretan las operaciones defensivas primitivas como son la escisión, la idealización y las relaciones objetales internalizadas disociadas.

RELACIONES OBJETALES.

Está integrando sus relaciones objetales parciales, en relaciones objetales más integradas Y en relación con el vínculo transferencial ya no me percibe mala, existe un vínculo terapéutico más propicio para el desarrollo del trabajo.

PULSIÓN DE MUERTE.

Hace uso de la Heteroagresión, nuevamente se percibe el mecanismo de la identificación proyectiva de manera muy intensa, a tal grado que momentáneamente me sentí inmóvil. Y durante algunos días sentí mucha repugnancia. ¿Cómo podía sentirse esta joven, si yo de escucharlo me sentí así?

SESIÓN 13

Otra sesión de trascendencia durante la fase intermedia es la siguiente:

Durante algunas sesiones, la paciente ha solicitado insistentemente la inclusión de su mamá en alguna de las sesiones, mencionando que ésta está dispuesta a venir a Michoacán para tal efecto y de esta manera se lleva a cabo la sesión.

Llegan ambas y al presentarme Lulú con su mamá, me dice que tenía mucho interés en conocerme ya que Lulú se había desterrado de su familia y ahora que asiste a terapia ya tienen más comunicación, que algunos fines de semana se han visitado y que ella está más en contacto con su hija, que sabe realmente a lo que viene y está totalmente dispuesta a ello. Me agradece mucho el trabajo que he realizado por su hija.

T. _ Señora, agradezco que el día de hoy acompañe a Lulú, ella ha pedido su presencia y la intención es que puedan aclarar algunas situaciones que les son difíciles hablar en casa; ello con la finalidad de que puedan establecer un vínculo más cercano.

_ *“Qué bueno que tengas presente que no has sido una buena madre, que te he necesitado muchas veces y que siento que no te has ocupado de mí, que no entiendo porqué mi tía L ha cuidado mucho de sus hijos y tú has vivido de manera muy desordenada, que muchas veces me ha dado vergüenza decir que eres mi madre.*

La señora empieza a ponerse muy nerviosa, le tiemblan las manos y dice:

M. _ Si hija tienes toda la razón, si a ti te da vergüenza decir que soy tu madre, imagínate a mí la pena y el dolor tan grande que siento de no haberte cuidado como debí haberlo hecho, muy tarde me di cuenta, cuando te fuiste con Abraham, empecé a tener conciencia de muchas cosas y fue cuando inicié las reuniones con el grupo de alcohólicos anónimos, el círculo de oración y neuróticos anónimos, todos ellos me han ayudado a ver los grandes errores que he cometido, todo el daño que he causado a mi alrededor, pero te puedo asegurar que el tiempo que Dios me de vida, lo dedicaré a recuperar a mis seres queridos y mi salud física y mental; tengo casi 5 años de no ingerir nada que dañe mi organismo y no lo volveré a hacer. Dame la oportunidad de estar cerca de ti, ¡te lo ruego hija!

_ *“¡Qué fácil no! ¡Te desgracia la vida! Y ahora con un ¡te lo ruego hija!, ya no pasó nada, y las groserías, y los abandonos, y cuando te hospitalizaron por tus borracheras, y las espantosas peleas, y las golpizas, ¡mira ve porque tal vez ni te acuerdes! Estas marcas que me*

dejaste las tengo por todo el cuerpo y se ven feas ¿verdad? Pero no me duelen, ¿sabes cuales me duelen? ¡Las que me dejaste en el alma! ¡Ésas son profundas! He vivido con mucha rabia hacia la vida y no es justo, para qué me trajiste al mundo si me ibas a abandonar, a dejarme a mi suerte, si tú conocías a mi papá porqué nos dejabas con él.

Yo no sé qué más cosas han pasado en la casa pero sí sé que mi hermana está peor que yo y a ella ¿quien le va a ayudar?

M. _ Sí hija lo sé, voy a arreglar las cosas, pero primero te pido que me perdones, ya no soy la madre que tuviste, déjame demostrártelo podemos vivir bien, Dios me va a dar fuerza para seguir adelante y enfrentar todo lo malo que he hecho.

_”¿Sabes quién me ha escuchado, quien ha creído en mí, quien me da su ejemplo, a quien le puedo contar hasta lo más horrible de mí? ¿A quién le doy las gracias por su dedicación, su paciencia y tolerancia?

M. _ Sí sé hija, por eso vine porque yo quería conocerla y agradecerle de todo corazón su ayuda, y le agradezco a Dios que te la pusiera en el camino. Le estoy muy agradecida doctora por todo lo que hace por Lulú. También a la mamá de Valentín, ya se lo dije en la mañana.

T. _ Lulú la forma en que te diriges a tu mamá es un tanto agresiva, la relación que establecemos aquí tu y yo va a ser temporal y tu mamá lo va a ser durante toda la vida, además viene te pide perdón y le des oportunidad de estar cercana a ti, acepta todos sus errores y quiere reparar en la medida de lo posible lo que siente dañado.

Estás viendo en mí a la mamá totalmente buena y a tu mamá como totalmente mala.

Realizo la interpretación de la transferencia negativa de Lulú, específicamente los mecanismos de la escisión, devaluación e idealización para que realice la integración de su objeto parcial en objeto total. Se realiza una reconstrucción genética, tiene a los dos objetos parciales presentes, el malo y el bueno. Se realiza la interpretación y veo la reacción de ambas.

Se quedan calladas un rato, se hace un gran silencio, se observan y Lulú se acerca a su mamá la abraza, y ambas lloran, la mamá le pide reiteradamente perdón.

“Todavía te necesito, me has hecho mucha falta, yo también te quiero mucho y entiendo que has pasado por cosas muy difíciles al grado que hayas tenido que vivir como en otro mundo, alejada de tus hijos y olvidada de ti misma; también quiero decirte que me da mucha alegría que te estés recuperando”

-Es impactante el observar este momento, después de tanta rabia, encono, de manifestar el predominio de la pulsión de muerte en todas sus expresiones durante mucho tiempo, el poder dar cuenta de la manera en que se va integrando su Yo y sus representaciones objetales parciales en representaciones objetales más integradas.

RELACIONES OBJETALES.

Las incipientes relaciones de objeto que se dieron en un inicio, empiezan a tomar forma como relaciones de objeto totales. La función integradora del Yo avanza en la integración de las representaciones de relaciones de objetos parciales, en representaciones de relaciones de objetos totales.

PULSIÓN DE MUERTE.

En el transcurso de la sesión se manifestó de manera intensa a través de la agresión proyectada a la madre de la paciente, realmente era a quien quería destruir a través de los mecanismos de defensa de la devaluación y la escisión. Finalmente vio que no la destruyó a pesar de su persistente agresión hacia el objeto.

SESIÓN 14

Lulú se presenta a la sesión y su aspecto físico me indica que hay una mejoría, se nota que se bañó, la ropa que porta es limpia (dejó su eterno pantalón desgastado, y sus tenis sucios) lleva una falda de vestir a la rodilla y unos zapatos de tacón pequeño impecables, lo cual la hace ver muy bien, su mirada, su sonrisa al saludar muestra una actitud diferente, más positiva, se ve con vida. Entra al consultorio diciendo: _ *“Oiga, ahora si estoy lista para hablarle de tú, ¿puedo?, ¿o como le dice la chica que atiende antes que a mí, Cris?*

T. _ Me parece muy bien Lulú, adelante, veo que deseas expresar muchas cosas, de hecho ya lo iniciaste, desde que entraste proyectas vitalidad, con tu expresión me indicas que estás lista no únicamente para hablarme por mi nombre, sino de muchas cosas más. Y más aún, te percibo tranquila, no estás enojada conmigo. Debe ser que el enojo con tu mamá disminuyó

-Esta interpretación se realiza en base a la transferencia positiva, con la finalidad de ser utilizada para el avance del tratamiento. Y a su vez realizó una reconstrucción genética que considero de suma importancia, dado que a partir de la sesión con la mamá ha disminuido la Pulsión de Muerte en sus diversas manifestaciones.

_ "¿Se me nota Cris?" _ Desde luego Lulú. _ "Pues fíjate que si me dieron el empleo, ayer me pagaron mi primera semana, ya voy a poder pagar mi terapia, de hecho hoy inicio y eso me da mucha emoción, no entiendo bien a bien porqué pero me siento contenta, quiero trabajar bien, recibir algunas clases, estoy viendo opciones.

T. _ Estoy entendiendo que quieres comprometerte más contigo misma, estás trabajando en función de tu persona y ello a través de tus propios medios, lo cual tiene mayor mérito y desde luego que vas a trabajar para realizar una gran cantidad de cosas en muchos aspectos.

-Nuevamente se interpreta la transferencia positiva, ello estimula a la paciente a reorientar su libido hacia la pulsión de vida.

-La contratransferencia resulta en términos muy distintos a la forma en que se venía presentando; debido a que no se percibe el mecanismo de identificación proyectiva, y como resultado la paciente no se muestra demandante ni invasiva, ya no se percibe que pretenda ejercer control sobre la terapeuta.

RELACIONES OBJETALES.

Se está dando una integración de su sí – mismo y de sus representaciones objetales, ya que se muestra más sensata, tranquila, sin rabia, se muestra cercana y auténtica. Se está construyendo una buena alianza terapéutica, la cual nos ayuda en la continuidad del proceso psicoterapéutico y el desarrollo de la labor analítica hacia la integración yoica.

PULSIÓN DE MUERTE.

La tendencia que se venía presentando como una constante del regreso a lo inorgánico ha disminuido de manera considerable. Cambia la prevalencia de la pulsión de muerte en cuanto a intensidad.

TRANSFERENCIA.

En la etapa intermedia del tratamiento, la transferencia fue totalmente negativa, considero fue el tiempo donde se manifestaron situaciones muy delicadas y emociones sumamente intensas, donde se vio a la paciente con un grado de ansiedad bastante acentuado. Sin embargo al finalizar esta etapa iniciaron ciertas manifestaciones donde se pudieron apreciar tendencias a una mejor integración.

CONTRATRANSFERENCIA.

Dadas las características de la transferencia, la sentía densa y abrumadora a tal grado que hubo ocasiones durante esta etapa que me sentía un tanto angustiada y exigida.

FASE FINAL

SESIÓN 15

Se aproximan dos semanas de vacaciones y Lulú está angustiada por ello.

_“Cris porqué ahora tienes que salir de vacaciones, siento que voy trabajando bien en mi tratamiento, pero me da miedo recaer en este tiempo que no nos veamos. Tengo mucho miedo, pueden pasar muchas cosas. Me siento débil”.

T._ Tienes miedo al abandono, al rechazo, como lo viviste en relación a tu mamá, pero eso no va a suceder Lulú, Yo tengo mi vida personal y requiero de estar de vacaciones con mi familia y tú necesitas estar contigo misma, veras que no pasa nada, no te voy a abandonar, el día que te corresponde estaré aquí como lo he estado durante todo el tiempo que llevas en tu tratamiento. Y no vas a estar débil, al contrario te vas a fortalecer.

-Se realiza la interpretación del miedo intensificado frente a las próximas vacaciones. La paciente Transfiere su miedo del abandono de su objeto primario a la relación terapéutica. Se promueve la individuación de la paciente. Se realiza una reconstrucción de tipo genético al mencionarle el temor al abandono de su mamá. Se realiza dicha reconstrucción ya que la transferencia ha pasado a otro nivel.

Observo que el tratamiento va evolucionando, ya no se presentan de forma predominante los mecanismos de defensa primitivos.

-Cinco días después de la sesión, aún no es el periodo de vacaciones y me llama por teléfono, diciendo que está muy angustiada por mis vacaciones, y desearía que la pudiera atender ese mismo día. A ello respondo que no me es posible, pero faltan dos días para su sesión y que ahí trataremos lo que sea necesario, que esté tranquila y la estaré esperando en su horario.

RELACIONES OBJETALES.

Observo cierta tendencia a depender de la terapeuta, muestra aspectos demandantes y de voracidad. Transfiere al vínculo terapéutico sus miedos arcaicos del proceso de separación – individuación.

PULSIÓN DE MUERTE.

Ésta se manifiesta mediante la heteroagresión dirigida a la terapeuta, la cual percibo a través de la demanda de mi persona, de su voracidad por tenerme. Tendencia a exterminar los recursos buenos que le brindo.

SESIÓN 16

-Lulú llega 15 minutos antes a su sesión, la escucho subir, estoy con otra paciente y una vez terminada la sesión salgo, se sonríe y me dice: _ *“Aquí espero a que sea mi hora Cris no te preocupes”*.

A su tiempo, abro la puerta, pasa y la veo decaída, triste un poco sombría y dice:

—“Ya sé que me vas a decir, que aquí en mi sesión es donde debo hablar, que éste es ahorita mi espacio y que no es conveniente que te llame por teléfono, que tienes otros pacientes que atender, perdón pero me sentía triste. Observé mi conducta y sé que no está bien, no lo volveré a hacer”.

-La paciente está integrando su Yo observador, se percata de que es en la sesión donde debe hablar, ha atacado tantas veces el encuadre, que ya sabe que es incorrecto y ella misma lo menciona. Está adquiriendo tolerancia a la frustración. Maneja de mejor manera sus impulsos.

T. _ Lulú observé que esperaste tranquilamente tu turno, no te veo enojada eso es muy buen síntoma. También qué bueno que te des cuenta de lo que comentas; sin embargo estás triste porque hoy salimos de vacaciones y temes al abandono, no el mío, sino que vuelves a vivir el abandono de tu mamá cuando pequeña. Tienes miedo de que no regrese como había ocasiones en que tu mamá no llegaba a casa, pero si estaré aquí nuevamente.

Se realiza una reconstrucción genética en relación al temor del abandono de su objeto primario. Con la finalidad de que vaya elaborándolo.

—“Me duele enormemente haberme sentido abandonada por mi mamá; pero he aprendido cosas de ti que tal vez no las has visto, a pesar de mis groserías, y mi agresividad has confiado en mí, has sido muy tolerante conmigo, me has ubicado casi con pinzas en mi lugar, has sido constante, tenaz; claro que sé que estarás confiando en ti y en mí y creo estoy siendo tenaz con mi tratamiento.

RELACIONES OBJETALES.

Se observa una mayor integración de su sí – mismo y sus relaciones objetales parciales en relaciones objetales totales. Muestra con claridad la reparación que hace de sus objetos, a través de sentir culpa, gratitud y confianza.

PULSIÓN DE MUERTE. –

Acepta su propia agresión, y observa que ésta no me destruyó

SESIÓN 17

En otra sesión comenta: *“Sabes Cris he estado observando algunas cosas que me están sucediendo, me dan ganas de hacer cosas, como que soy más activa, me siento como ... feliz, pero me da miedo. Fíjate que inicié una dieta, no voy a comer carbohidratos, refrescos, ni ningún tipo de alimento chatarra, además estoy asistiendo al spin que está por el depa y es algo que realmente me fascina. ¿Cómo es que no veía todas estas cosas que me hacen sentir bien? Si siempre han estado. ¿ A qué te refieres Lulú? ”*A ganar mi dinero y emplearlo bien, salir a la calle y ya no me ven las gentes como lo hacían antes, sentirme bien conmigo, aunque no te voy a mentir todavía de repente me da la depre, sobre todo cuando recuerdo esas cosas incorrectas, como lo de las tarjetas, gigante, tantas parejas, ¡qué pena! Y otras cosas que me dan mucho dolor y no sé si pueda algún día superar, como lo de mi papá...

T._ Tu actitud para conmigo es muy diferente, anteriormente eras muy agresiva tanto que querías destruirme, y rechazabas parte del trabajo analítico aún brindándote una buena relación terapéutica, te mostrabas demandante y exigente, con ciertos aspectos de voracidad. Ahora se ha establecido una relación más cordial y propicia para el trabajo

-Habla más pausado, su transferencia ya no es tan negativa como en un inicio, mucho menos caótica ni abrumadora. Su mirada que se quedaba fija, como perdida, ahora se ve muy distinta, empieza a tener brillo, se observa con ganas de vivir, considero que está integrando las representaciones de su sí - mismo y de sus objetos, ya no se muestra tan enojada, deja ver su parte amable, tranquila, sin tanta ansiedad, ya no utiliza preferentemente los mecanismos de defensa primitivos del inicio. Ahora da otro valor a las cosas, saca de su bolsita el dinero y me sorprende la forma correcta en que me paga, ya que inicialmente lo hacía con el dinero todo arrugado que sacaba de la bolsa del pantalón.

El Superyó de Lulú se está instaurado en mejores condiciones de cuando llegó, ahora siente, pena, lo que antes parecía omnipotencia. Los mecanismos de defensa ya no son tan primitivos, y la transferencia negativa pasa a un mejor nivel, ya no caótica.

RELACIONES OBJETALES.

La relación real con la terapeuta, reflejada en la alianza terapéutica constituye una experiencia emocional correctiva significativa para la paciente, en términos de una relación de trabajo positivo.

PULSIÓN DE MUERTE.

Ha disminuido considerablemente en sus dos manifestaciones. Tanto la autoagresión como la heteroagresión, no ha insultado a quienes la rodean, se abstiene de hablar en forma peyorativa de los demás y algo que me llama mucho la atención es que ahora sonríe, no muestra ademanes o muecas de desagrado, habla de sus enojos y discrepancias con los demás.

SESIÓN 18.

La apariencia de Lulú es totalmente distinta, su actitud, su sonrisa, su piel se ve propia de su edad, ya no se ve avejentada sus deseos de vivir sus anhelos, sus proyectos, sus relaciones con los demás, con la terapeuta etc.

_"Fíjate Cris que estoy obteniendo buenas comisiones en el trabajo, resulta que soy buena comerciante, me gusta y me siento útil y eficaz en esa tienda, además que me da tiempo para realizar otras cosas, como ir al bosque, al planetario a caminar y respirar aire fresco, por cierto ¿has ido al orquideario? ¡Qué bonitas flores! Me voy a comprar unas blancas hermosas que vi, las voy a cuidar, ¡Yo ni siquiera sabía que ese lugar existía! Y sabes qué por medio del trabajo me pueden dar una casa pero necesito trabajar un poco más para tener derecho y pienso hacerlo, no importa que sea una casa chiquita, pero ¿te imaginas, yo, Lulú, con mi propia casa, ¡Es increíble! ¡Estoy viviendo! ¡Estoy siendo yo! ¡Sin que tenga que depender!

T. _ Estás en época de cosecha Lulú, recolectando el fruto de tu propio trabajo, de tu esfuerzo, de tu tenacidad. También quiero que observes que las cosas que mencionas tienen que ver con un impulso a la vida, con cosas hermosas, positivas y eso es lo que transmites, vitalidad.

Se interpreta la transferencia predominantemente positiva que en las últimas sesiones ha mostrado la paciente. Con la finalidad de confirmar su Pulsión de Vida manifiesta. Y avanzar en el tratamiento.

RELACIONES OBJETALES.

Está integrando satisfactoriamente su sí – mismo y sus representaciones objetales parciales en representaciones totales de manera armoniosa.

El vínculo terapéutico es percibido sólido, consistente, estable, respetable y considero que es un punto de suma importancia para el desarrollo de este trabajo.

PULSIÓN DE MUERTE.

En estos momentos no se percibe esta tendencia, ya que la paciente está siendo creativa, su Yo está en desarrollo, completando su acabado. La transferencia es predominantemente positiva.

SESIÓN 19.

“Cris he estado analizando muchas cosas, sé que he estado muy mal emocionalmente, que he hecho cosas que la verdad se me cae la cara de vergüenza, que odié en un tiempo a mi familia completita, a la mamá de Valentín, a Valentín, a mí misma, ¡Qué mala onda! Pero ya no pasa eso, tú sabes que ya hice las paces con todo eso”

Ahora quiero dedicarme a “construir” te robo esa palabra, me siento bien, con energía, y estoy disfrutando de cosas que ni por aquí me pasaba podía hacerlo, disfruto de estar sola, ya ves que antes le hacía unos panchotes a Valentín si se salía; me gusta leer, ¡híjole antes ni pensarlo! Escuchar música, y la nueva es que quiero estudiar algo, soy una joven y me siento preparada para iniciar una carrera, tengo la prepa y 21 años. Y me dan facilidad de cambiar horario en el trabajo. Si me pasé tantos años de bruta como dijo mi madre; desgastándolos en porquerías, ¡que no me pase 5 bien empleados!; y mientras busco y logro ubicarme en alguna facultad, me inscribí a unos cursos de Cocina Italiana, que serán de 3 meses. Lo que

pasa es que no quiero ni un minuto más ver pasar mi vida, y yo muriéndome por dentro, ¡ya no quiero volver a sentir eso!

T. _ Con todo esto que dices Lulú, me muestras tu energía hacia la vida, me percató de que te observas y te da pena, principalmente de tu impulsividad en relación a la sexualidad. Te veo más dueña de ti misma. Te relacionas de manera cordial con los demás, incluso en la relación terapéutica que ambas establecemos, y date cuenta que la atmósfera en el consultorio es totalmente distinta, se respira cordialidad, creatividad, respeto, energía.

RELACIONES OBJETALES.

Establecer una relación cordial, satisfactoria, alguien en quien pudiera confiarse, era uno de los problemas principales de Lulú. Ahora establece una relación adecuada con la terapeuta, es una relación para nada superficial, ya que ha permitido ser sostenida, ha confiado en este vínculo terapéutico.

La relación con su familia de origen se da en mejores términos, acepta a su mamá, a sus compañeras de trabajo estableciendo con éstas una buena relación.

PULSIÓN DE MUERTE.

Ya no se muestra tendencia hacia dicha pulsión, la libido está ubicada en torno a la pulsión de vida, lo manifiesta a través de su creatividad, ya tiene trabajo estable, tiene proyectos de ir a la universidad, cuida su organismo, le atraen actividades que denotan que el área libre de conflicto se incrementa.

Hay una tendencia de conservar las unidades vitales existentes y la construcción a partir de éstas de unidades más amplias.

TRANSFERENCIA.

Durante la etapa final del tratamiento, las transferencias primitivas determinadas por relaciones objetales parciales, se han transformado en transferencias de más alto nivel o en relaciones objetales totales.

CONTRATRANSFERENCIA.

En la relación transferencial no percibo agresión de ningún tipo, no me siento agredida, más bien me siento en una relación terapéutica cercana, optimista al ver el trabajo realizado por ambas en esta interacción.

ÚLTIMA SESIÓN DEL TRATAMIENTO.

_ “Cris, me hubiera gustado traerte un mejor presente pero no me es posible por estos tiempos, tú más que nadie sabe mi situación económica, pero quise traerte una de las orquídeas que tanto me encantan, a propósito, ya tengo varias de diferentes colores, ¡están tan bonitas! Eso de cuidarlas es algo que realmente me satisface, y varias ya tienen camotitos, esta pequeñita es uno de ellos ojalá que te guste.

“Recuerdo el primer día que llegué aquí, en qué condiciones lo hice, y el día de hoy qué diferente me voy, este lugar cuantos berrinches míos escuchó. Sé bien que necesito seguir el tratamiento, me faltan muchas cosas por arreglar pero como te he venido diciendo en sesiones anteriores, me están descontando la tercera parte de mi salario para el pago de la casita, y realmente gano muy poquito, además la casita está vacía y requiero de comprar unas sillas, mesas, cortinas etc. Ya que las pocas cosas que están en el depa, no son mías, son de la mamá de Valentín, yo no tengo ni una cuchara, y quiero irme haciendo poco a poco de lo necesario para vivir.

Tengo planes de irme en dos semanas; Valentín no quiere irse que porque está muy lejos, pero eso a mí no me detiene, yo me voy a ir, tengo mucha ilusión de mi casita, de tener mis propias cosas, no importa que esté retirado. Voy a extrañar el venir aquí, escuchar tus intervenciones, el saber que hay alguien que me escucha, pero ahorita realmente es necesario. Cris agradezco tanto la dedicación y cuidado con que has trabajado conmigo, yo creo que el pago real por ello nunca lo podré hacer, pero la vida misma te recompensará por lo que has hecho por mí.

Lulú, entiendo que te sientes bien, te veo con mucha energía para realizar cosas en función de ti misma, con ánimo de tener un espacio físico tuyo, donde como decías en otra sesión, pueda venir tu familia y te sientas cómoda con ellos, donde iniciarás una nueva vida, que de hecho ya lo vienes haciendo, tienes planes de estudiar y seguir trabajando, y veo que estás haciendo las cosas muy bien. Te veo contenta, satisfecha y con buenos proyectos.

—“Si Cris exactamente así me siento, es increíble para mí misma el cambio que ha habido en mi vida, yo Lulú la que me quería morir, ahora esa palabra me aterra, ¡qué grave debí haber estado para pensar de esa manera, veía el mundo tan gris, y ahora aún cuando está nublado, me siento plena, hay algo dentro de mí que cambió. Oye, pero eso no quiere decir que ya no nos vamos a ver, le di una vuelta a la hoja pero hay más escrito. Voy a trabajar como te dije en otro lugar por las tardes, mientras tengo otra cosa más segura, porque la casita debo pagarla en veinte años, y con lo que me queda de sueldo no alcanzo ni para mí. Tengo que buscar otras opciones porque quiero pagar pronto, no me voy a quedar en esos trabajos, tengo que crecer también en cuestión económica, buscar otras opciones que me generen mayores ingresos.

RELACIONES OBJETALES.

La paciente integra adecuadamente sus representaciones objetales parciales y de su sí – mismo, al conjuntar imágenes opuestas, de amor y odio, del sí – mismo y sus demás significantes. Establece una adecuada relación transferencial. Ya no existe mayor reactivación de las representaciones objetales parciales primitivas en la relación transferencial.

PULSIÓN DE MUERTE

La pulsión de muerte ha disminuido considerablemente la libido se orienta ahora hacia la pulsión de vida, La paciente se integró a la vida productiva, tiene proyectos, cuida de sí misma y de sus flores, como un acto de vida, de reparación.

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

4.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se realiza el análisis de resultados en relación a los Ejes Temáticos que contempla esta investigación

EJE 1. RELACIONES OBJETALES.

Uno de los principales problemas manifestado por la paciente y confirmado a través de la transferencia, es su falta de logro de una relación amorosa satisfactoria con un objeto en el que pueda confiarse y del que pueda depender frente a su agresión hacia él, aún percatándose de las deficiencias y frustraciones de dicho objeto, y en el contexto de tolerar culpa, interés y gratitud hacia dicho objeto amado.

Por consiguiente, los vínculos que se fueron presentando durante el análisis, mostraban ser en algunos casos muy alterados, otros detenidos, los cuales se manifestaban a través de los mecanismos de escisión, de la idealización primitiva, de la devaluación y la omnipotencia, y finalmente los que responden a profundas regresiones.

Vínculos muy arcaicos en los cuales no se da la comunicación verbal, sino el tipo de comunicación manifiesta antecede a las palabras, mediante gestos, acción y proyección de emociones intensas sumamente primitivas; estas formas de expresión, se fueron transformando en el trabajo psicoterapéutico hasta la expresión verbal de las mismas. Se inició el vínculo terapéutico como una forma muy primitiva de relación.

Dichos vínculos mostrados a través de la transferencia primitiva y fundamentalmente negativa de la paciente, reflejan los conflictos predominantes en el área de las relaciones objetales; Todo ello generado por el contacto con una madre alcohólica, ausente, promiscua, con severas discapacidades para ejercer un maternaje adecuado, una madre que no tuvo la capacidad de integrar a Lulú, no le pudo proporcionar los suministros necesarios psicológicamente hablando, para un desarrollo psíquico adecuado permaneciendo ésta en la etapa de Separación – Individuación, la cual se inició pero nunca concluyó.

En esta etapa las experiencias frustrantes prevalecieron sobre las gratificantes; por tal motivo la agresión no se neutralizó y como consecuencia no se dan suficientes canales de sublimación. La pulsión de muerte ejerce gran influencia en Lulú, dadas las grandes perturbaciones ejercidas primordialmente por factores externos. El instinto de muerte predomina sobre el instinto de vida y por consiguiente, la agresión es predominante a la libido. El pecho malo quedó más instalado en la mente de Lulú. Por tal motivo la paciente inicialmente no establecía una relación y comunicación emocional esencial en relación al objeto.

Por todo ello fue complicado establecer una relación terapéutica en el inicio del tratamiento, dadas las carencias de su pasado, las alteraciones de sus relaciones objetales y los acontecimientos dramáticamente vividos por la paciente; obstaculizaron el establecimiento en un inicio del vínculo terapéutico.

La tendencia de la pulsión de muerte se hizo manifiesta por la paciente, en su esfuerzo por la destrucción de la incipiente relación transferencial inicial, sin embargo la terapeuta siempre mantuvo la confianza en la capacidad para de alguna manera contrarrestar dichas tendencias, con tolerancia, comprensión y trabajo interpretativo, sin negar obviamente la gravedad de la agresión de la paciente en la transferencia, permitió la continuidad del trabajo, iniciando la terapeuta a ser un objeto bueno para la paciente, a pesar de la agresión, voracidad y la poca capacidad para tolerar la frustración, que manifestó la paciente en la primera etapa del tratamiento.

No obstante a pesar de las actitudes exigentes, demandantes y en ocasiones un tanto intolerantes de la paciente, conductas todas dirigidas a dañar, controlar, humillar y destruir al objeto, manifestaciones propias de la pulsión de muerte tan arraigadas en la paciente; la terapeuta siempre tuvo en mente que la paciente tenía un potencial para el amor, la creatividad, la tenacidad, la productividad etc. Y bien valía la pena trabajar en función de establecer una alianza terapéutica con la chica, a fin de que a través de ésta se pudiera construir un camino factible para el desarrollo del trabajo psicoterapéutico.

A través de las interpretaciones de la transferencia negativa, la empatía y tolerancia se favoreció la permanencia y contención del vínculo terapéutico, poco a poco se fue

fortaleciendo y a través de éste se fue constituyendo un camino adecuado para el trabajo psicoterapéutico. El campo intersubjetivo creado por la paciente y la terapeuta, se fue tornando lentamente en un espacio donde la cercanía emocional se fue dando, donde la paciente podía externar sus enojos, inquietudes, pensamientos y sentimientos, los cuales fueron recibidos, contenidos y posteriormente modificados.

Otro aspecto que considero fundamental dentro del tratamiento, fue la inclusión del objeto primario de la paciente en dos sesiones. Toda vez que tuvo la oportunidad de hablar directamente a la persona adecuada de su rabia, enojo, frustraciones y demás sentimientos, donde hizo uso ampliamente del mecanismo de defensa de la devaluación hacia el objeto, se pudo observar una vez más su prevalencia a la pulsión de muerte, de destruir al objeto, lo tenía a unos pasos, le proyectó esa pulsión agresiva, finalmente observó que no lo destruyó, no obstante el grado de destrucción que mostraba.

Pudo hacer las paces con sus representaciones objetales parciales, propiciando las bases para una mejor integración, al sentir y vivir la intención del objeto de resarcir en la medida de lo posible, lo dañado, se percató de las partes buenas, vulnerables y sensibles del objeto

De igual forma, la paciente misma se percató de sus partes buenas, no era toda destrucción, no destruyó al objeto, y no se destruyó a sí misma, no obstante su agresión. La transferencia primitiva que expresaba relaciones parciales y aspectos escindidos del concepto del sí mismo, se tornó en transferencia más avanzada que implica representaciones más integradas del sí – mismo y de los objetos.

Posteriormente se dieron momentos de sentimiento de culpa por haber dañado a su objeto, por no haberse percatado de las partes buenas de éste; trabajó en función de la reparación del objeto interno, y ello se vio reflejado inmediatamente en la relación transferencial y en la relación con todos sus significantes. En este momento la pulsión de muerte que impregnaba la vida de Lulú, bajó en intensidad.

La paciente llegó a contar con la capacidad de relacionarse de manera más profunda en la relación transferencial; no demandante, sin esa tendencia de voracidad, como de querer exprimir a la terapeuta los recursos buenos que ésta le brindaba, manteniendo confianza y

experimentando un sentido apropiado de culpa y pena por la agresión proyectada mediante la transferencia negativa en las primeras etapas del tratamiento.

EJE 2. PULSIÓN DE MUERTE.

La pulsión de muerte manifestada por la paciente, se mostró consistentemente durante las dos primeras etapas del tratamiento, era de tal intensidad que desde un inicio me percate de ésta; la cual manifestaba a través de la transferencia mediante el mecanismo de identificación proyectiva.

En este caso específicamente, la pulsión de muerte es un componente relevante, ya que a través de la agresión, como expresión de dicha pulsión, la paciente manifiesta habitualmente su conducta, con el fin último de dañar, humillar, devaluar o destruir al objeto.

La paciente mostró constantemente el predominio a la pulsión de muerte mediante la agresión en sus dos modalidades:

Autoagresión.- Se percibía desde el descuido general de su persona, al no asearse adecuadamente ni ella ni su ropa, lo que le generaba un olor a sucio, a descuido, al portar la misma ropa durante meses; mediante el tipo de alimentación que ingería. La joven misma se lastimaba al desvalorizarse, al lastimarse de la manera que lo hacía, con esa forma de llanto, su manera arcaica de manifestar sus sentimientos, se desgarraba internamente, con el intento suicida, con la ingesta de alcohol, mediante su conducta promiscua, la exposición de su persona al sustraer cosas inadecuadas de establecimientos y el robo de tarjetas de crédito y débito y el uso inadecuado que de éstas hacía.

Heteroagresión.- Se fue desplegando desde un inicio a través de la transferencia, no lo hizo verbalmente, lo vi en sus ojos y nariz enrojecidos, hinchados, su cuerpo tembloroso, su llanto abrumador y lastimero, como una agresión hacia los ojos que la vieran.

Posteriormente la rabia, el encono y la cólera, manifestaciones de la pulsión de muerte se hicieron sentir transferencialmente mediante las constelaciones defensivas al hablar desmesuradamente, cambiando de un tema a otro, de una manera caótica.

A través del acting – out de la transferencia como conductas de irritabilidad, explosiones emotivas y de actitud de exigencia permanente en torno al vínculo terapéutico; mostrándose con un grado de voracidad hacia la persona de la terapeuta.

La insistente tendencia a la destrucción del encuadre, que resultaban ser las reglas establecidas; y con la inconsciente tendencia de destrucción incluso del setting analítico, ya que cuando salía se percibía como si lo hubiese impregnado de negatividad, utilizando todos los medios a su alcance para ello.

Al percatarse de que no le fue posible la destrucción de éste, su tendencia fue a la desvalorización de la terapeuta, utilizando cualquier situación por mínima que fuera para manifestarse en proceso primario, en la necesidad de descargar la pulsión a través de la agresión hacia el objeto.

Se desplegó la intensa agresión hacia el objeto en la situación transferencial, con la tendencia al exterminio, la aniquilación a través de expulsar esas partes malas que la dañaban.

La paciente utilizó recurrentemente como recurso para manifestar la pulsión de muerte en la transferencia, el mecanismo de identificación proyectiva con la firme intención de control e inmovilización intelectual; asimismo utilizaba el mecanismo de escisión y devaluación en relación con los demás, primordialmente su mamá, hermanos, la mamá de su pareja, su pareja, y vecinos.

Dada la prevalencia de la Pulsión de Muerte en esta joven, las limitaciones y alteraciones en sus relaciones objetales, el dolor que vivía, y puesto que la pulsión de muerte en primera instancia se dirige hacia el interior y tiende hacia la destrucción, pudo haber concretado su intento suicida. Por ello es que la intervención psicoterapéutica bien valió la pena.

Al constatar que había partes buenas tanto en ella, como en el objeto, que si era querida y se preocupaban por ella, sintió gratitud e inició una nueva etapa de reparación a lo dañado, paralelo a ello, la agresión fue disminuyendo paulatinamente.

Lulú tiene un aspecto totalmente distinto, cuida de su persona, se incorporó a la vida productiva, tiene una pequeña casita la cual arregla y cuida. Presenta una tendencia de conservar las unidades de vitalidad existentes, y la construcción a partir de éstas en unidades cada vez con mayor amplitud.

EJE 3. TRANSFERENCIA.

Es de suma importancia la transferencia en el contexto analítico, ya que es el instrumento a través del cual podemos explorar un pasado inaccesible y el inconsciente.

La interpretación de la transferencia está limitada en la Psicoterapia de Expresión, en una atención constante única y exclusivamente a lo que acontece en la relación transferencial inmediata, en el aquí y ahora paciente – psicoterapeuta. Con este tipo de pacientes no se hacen interpretaciones de tipo genético, sino hasta que la transferencia pasa a un mejor nivel.

Desde el primer contacto con la paciente, y durante una gran parte del tratamiento se fue manifestando esa transferencia característica de los pacientes con estructura de personalidad limítrofe, a través de la cual va desplegando en la relación transferencial sus incipientes relaciones de objeto, un Yo mal conformado, que se quedó detenido y defectuoso; y sus intensas emociones arcaicas.

Donde a través de ello manifestó reiteradamente su prevalencia a la pulsión de muerte, con esa agresividad que utilizaba como una fuerza desorganizadora y fragmentadora, componente relevante en la conducta de Lulú

La transferencia de la paciente en un inicio asimbólica y predominantemente negativa, no comunicaba verbalizando, sino a través de actuaciones preverbales, dando muestra de los momentos difíciles organizativos que le tocaron vivir en etapas pregenitales; reactivando sus vínculos primitivos en la relación transferencial. Posteriormente, una vez que pudo realizar verbalizaciones, la transferencia continuaba siendo negativa, ahora, caótica e indiscriminada, sumamente primitiva e impensada.

La constante interpretación de la transferencia primitiva, en el aquí y ahora en la relación transferencial llevó en forma gradual a la integración de las relaciones objetales parciales en relaciones objetales mejor integradas, asimismo de una transferencia primitiva a una más elaborada.

De igual manera, la interpretación de las constelaciones defensivas una vez manifestadas en la transferencia, paulatinamente fueron reforzando el Yo de la paciente, lo cual genera un cambio estructural intrapsíquico en Lulú ya que empieza a sintetizar las representaciones objetales parciales en representaciones objetales más integradas.

Lulú tiene una fijación en la tercera etapa de desarrollo Diferenciación del sí - mismo y las representaciones objetales propuesta por Kernberg, donde no pudo desarrollar la capacidad de síntesis de las introyecciones de valencia positiva y negativa; en la cual por el incremento de la ansiedad y la tendencia a proyectar la agresión, expulsa las introyecciones negativas haciendo uso del mecanismo de la escisión, es por ello la tendencia predominantemente agresiva de la transferencia a través de mecanismos de defensa primitivos

Lulú expulsa en la relación transferencial las introyecciones negativas que se convierten en objetos externos malos; con la finalidad de proteger a sus objetos internos y externos buenos, crea imágenes objetales totalmente buenas, todo poderosas, de ahí que al padre lo idealizaba sin poder integrar la parte perversa de éste; ya que la función integrativa del Yo es sumamente carente.

EJE 4. CONTRATRANSFERENCIA.

La Contratransferencia es utilizada en esta investigación, como un instrumento de diagnóstico para definir el grado de regresión de la paciente y la actitud emocional en relación con la terapeuta.

Desde las sesiones diagnósticas, mi organismo fue registrando el grado de regresión de la paciente, dada su tendencia a la utilización del mecanismo de identificación proyectiva, al

hablar desmesuradamente, de una cosa, de otra, al ataque del encuadre, como una manera de control.

Me percaté de que estaba trabajando en un escenario no neurótico, lo cual me significó un grado de temor y me mantuvo al alba registrando mentalmente cada uno de los mecanismos utilizados por la paciente, y una vez terminada la sesión, inmediatamente hacía mis registros.

Dado el grado regresivo de la paciente mostrado con su manera no verbal de comunicación, tanto como sus muecas y actitudes desplegadas a través de la transferencia primitiva, tenía que descartar el estarme moviendo en un escenario más primitivo aún.

La pulsión de muerte estuvo ejerciendo su capacidad destructiva dentro del setting analítico como resultado de la transferencia predominantemente negativa y primitiva, hubo momentos en los que me sentía un tanto invadida; y en otros llegué a descubrirme con algún grado de tristeza por ver el sufrimiento de la joven. Otros más, incrédula ante las situaciones intensamente traumáticas vividas por la paciente. E inmóvil ante algunas situaciones.

En la etapa intermedia, sentía que estaba trabajando demasiado con la paciente, y que los avances eran muy pocos ante lo cual sentí un poco de desesperanza transitoria, toda vez que esto sucedía, observaba a la chica, su edad, que a pesar de tantas tentativas de destrucción al encuadre, como una forma de agresión a través de la cual manifestaba la pulsión de muerte; no lo había logrado, estaba ahí, sujeta a él, respetándolo, se había adecuado a éste, algo la hacía permanecer, entonces reconsideraba mi postura. ¡Por supuesto que había avances!

En otros momentos la pulsión de muerte ejercida por la chica se hacía manifiesta mediante la tendencia de ésta a controlarme, me sentía un tanto angustiada y exigida, lo cual fui interpretando tan pronto me percataba de ello.

Finalmente, llegó el momento en que las características en que se venía presentando la transferencia predominantemente negativa de Lulú, se fueron transformando en una transferencia de más alto nivel, la agresión fue cesando, comunicaba verbalmente sus sentimientos.

El escenario se tornó en un espacio más propicio para el trabajo analítico y por consiguiente ya no me sentí agredida, bajaron en intensidad las reactivaciones de la relación objetal en la relación transferencial; disminuyó considerablemente la tendencia a la destrucción.

EJE 5. PROCEDIMIENTO PSICOTERAPÉUTICO.

En el trabajo psicoterapéutico realizado, primeramente se trabajó en función de establecer un diagnóstico, se realizaron cuatro sesiones con la Entrevista Estructural de Kernberg; una vez obtenido el diagnóstico se inició el tratamiento psicoterapéutico en base a la Terapia de Expresión para los trastornos límite del mismo autor, y que contempla los siguientes aspectos:

Encuadre.

Inicialmente se estableció el encuadre, ya que éste incluye elementos estructurantes que protegen la neutralidad de análisis de la terapeuta, entre algunas de las reglas básicas se estableció que la paciente en la medida de lo posible expresara verbalmente sus sentimientos y pensamientos, así como sus impulsos.

El lugar para llevar a cabo el trabajo psicoterapéutico sería exclusivamente en el consultorio, dentro del horario pactado el día correspondiente, habiendo establecido de igual manera que si no asiste a la sesión o llega tarde, deberá cubrir el importe de ésta.

Considero que el establecimiento claro y preciso del encuadre, además de proporcionar cierta neutralidad técnica a la psicoterapeuta, ya que es una herramienta elemental para un trabajo interpretativo, entiéndase ésta, no como una falta de empatía o calidez, sino como una capacidad emocional y cognoscitiva para un poder contener e integrar las transferencias que la agresión regresiva del paciente nos proyecta.

El encuadre resultó ser un aspecto de suma importancia para este trabajo, ya que brindó una estructura a la paciente, quien de manera reiterativa presentaba la prevalencia de la pulsión de muerte mediante su tendencia a romperlo, llegando demasiado tarde en algunas ocasiones a su sesión; y mostrándose agresiva y ofendida en el momento de reencuadrar

nuevamente el trabajo, y por ende tener que pagar la sesión de unos cuantos minutos, lo cual sucedió en varias ocasiones.

Al percatarse de que esa forma no le daba resultado, optó por llegar a su sesión con mucha anterioridad suponiendo que se le atendería de inmediato; en otras ocasiones pretendió que vía telefónica estuviera pendiente de ella, y otras más que la atendiera con sesiones extraordinarias, y más aún pretendiendo cambiar la sesión a último momento.

Esta actitud de la paciente tenía la firme intención de ejercer control omnipotente hacia el tratamiento y a la terapeuta misma. Este tipo de actitudes y tendencias de la paciente durante la etapa de inicio del tratamiento tendientes a romper el encuadre, mostraban parte de la agresión como forma de expresión de la pulsión de muerte de la paciente, las cuales fueron interpretadas de manera consistente, y no se permitió ningún tipo de movimientos al respecto.

El mantenimiento del encuadre sirvió a la paciente, ya que se percataba que la función de la terapeuta era interpretar la realidad emocional de la paciente, ante cualquier intento de alteración de éste y ello representaba el reflejo de que el Yo de la terapeuta funcionaba a un nivel más integrador de lo que el Yo de la paciente es capaz. Un Yo que podía servirle como Yo auxiliar; a su vez se protegió el tratamiento, se hizo consistente y totalmente constante.

Para finales de la fase inicial, el encuadre permanece intacto, ya no da muestras de destrucción hacia éste. Y se inicia otra fase en el tratamiento. Se establece una relación terapéutica más sólida. Paralelamente el Yo de la paciente y sus representaciones objetales parciales se van integrando paulatinamente, mostrando contenidos de material muy intensos. Integra aspectos buenos de la mamá a quien únicamente observaba totalmente negativa. Va integrando sus representaciones objetales parciales en representaciones objetales con un mejor grado de integración.

En base al encuadre y las interpretaciones de la transferencia predominantemente negativa, el Yo de Lulú pudo integrarse de mejor manera. De ahí la insistencia en que se incluyera a su mamá en algunas sesiones, dado que el encuadre contenía aspectos estructurantes que le propiciaron seguridad, seguridad que ella no tenía de que su madre estuviera en casa cuando

ella llegaba de la escuela; la terapeuta siempre estuvo en el día y hora establecidos, en dos o tres sesiones que no llegó a tiempo. Lulú, llegó 10 minutos antes de terminar la sesión, ello únicamente para corroborar que la terapeuta estuviera; todo ello, que corresponde a la conexión paciente – terapeuta en el aquí y ahora se le interpretó concisamente.

Dentro de ese encuadre proyectó su agresividad y no me destruyó, posteriormente viene su mamá y se percata de que nuevamente su agresividad manifestada a través de la transferencia, no destruye al objeto, literalmente estaba ahí y el encuadre garantizaba la no destrucción. Al contrario, en alguna medida propició la integración, la estructuración. Estar en ese preciso momento cuando el yo se va integrando es verdaderamente impactante.

Interpretación.

En este caso las interpretaciones se realizaron desde un inicio dado la técnica con la que se trabajó, específicamente Psicoterapia de Expresión de Kernberg para los trastornos límite y el tipo de activación prematura en la transferencia de relaciones objetales conflictivas muy tempranas en el contexto de estados del Yo.

Se realizó la interpretación de las transferencias preferentemente negativas en el aquí y el ahora, en la relación transferencial; ya que la paciente no cuenta con la capacidad de auto concepto y de diferenciación e individualización de los objetos, interfiriendo por tanto en la capacidad para la diferenciación de las relaciones objetales presentes y pasadas. No logrando diferenciar al terapeuta del objeto de transferencia.

La interpretación sistemática de la transferencia negativa desde las sesiones diagnósticas, sirvieron como móvil para reforzar en forma indirecta la alianza terapéutica, de lo contrario la paciente hubiera abandonado el tratamiento.

De igual manera se interpretaron consistentemente las constelaciones defensivas una vez que se manifestaban en la transferencia, dada su predominancia en la relación transferencial como en sus relaciones fuera del contexto terapéutico.

Éstas resultaron ser abundantes, Lulú hizo uso de los mecanismos propios de su estructura, a saber, la escisión, la devaluación, idealización primitiva, negación e identificación proyectiva, siendo esta última muy intensa y devastadora.

La interpretación de las constelaciones defensivas reforzaron el Yo de Lulú. Al realizar las interpretaciones, en variadas ocasiones se quedaba pensativa y decía: *“tiene razón, no me había fijado en eso” “¡No puedo creerlo, como no lo había visto así!*

Finalmente fue cambiando paulatinamente su manera de ver las cosas, ya no las veía como ella misma decía *“en blanco y negro”* sino que fue incrementando el colorido a su vida.

Las reconstrucciones de tipo genético se trabajaron en la etapa final del tratamiento, toda vez que la paciente había realizado una transformación de una transferencia primitiva a una más avanzada.

La interpretación constante y consistente de la transferencia primitiva en la paciente, llevó en forma gradual a la integración de las relaciones objetales parciales en relaciones objetales más integradas, y así mismo de a una transformación de una transferencia primitiva a una más avanzada.

4.2 DISCUSIÓN.

Freud (1923) dentro de la teoría psicoanalítica postuló la existencia de dos organizaciones estructurales de la personalidad; la organización neurótica y la organización psicótica. Estas estructuras son consideradas como configuraciones estables de los procesos mentales, se caracterizan de acuerdo:

Al grado de integración de la identidad, al uso de determinados mecanismos de defensa y la presencia de prueba de realidad.

Freud no contempla la existencia de una estructura de personalidad limítrofe. Es a partir de la década de los cuarentas que los estudiosos postfreudianos se interesan y desarrollan una teoría en relación a la estructura de personalidad limítrofe retomando las ideas Kleinianas en relación con el desarrollo temprano del Yo y la existencia de las relaciones de objeto desde el nacimiento, las cuales son moldeadas por emociones de amor y odio.

Importantes son las aportaciones de Klein (1946), Rapaport (1946), Fairbairn (1952), Fenichel (1957), Deutsch (1962), Malher (1977), Kernberg (1987) etc.

Ahora se sabe de la conceptualización de la estructura de la personalidad fronteriza. Kernberg (1987) propone la existencia de esta personalidad como una organización patológica específica y estable, que no es ni típicamente neurótica, ni típicamente psicótica, donde existe un predominio de operaciones primitivas defensivas centradas en el mecanismo de la escisión, una patología de las relaciones objetales internalizadas y la conservación de la prueba de realidad.

“A pesar de la vaguedad, relatividad conceptual y de haber traído más dificultades que ventajas el término *borderline* – fronterizo – limítrofe ha logrado en la actualidad una notable difusión dentro del psicoanálisis (Doria, 1995: 205).

En esta investigación se aplica la entrevista Estructural propuesta por Kernberg (1987) como método diagnóstico, comprobando su pertinencia para este tipo de patología, por realizar una evaluación de corte holístico.

En el tratamiento se utilizó la Psicoterapia de Expresión postulada por Kernberg. Cuya meta es resolver las disociaciones primitivas a través de la interpretación de la transferencia primitiva con el propósito de lograr, en forma gradual, la integración de las representaciones objetales parciales en representaciones objetales totales.

RELACIONES OBJETALES.

La relación transferencial mostrada por la paciente, al inicio del tratamiento, daba cuenta de una relación de objeto primitiva, manifestada a través de llanto, gestos, acción y proyección de emociones intensas sumamente arcaicas desplegadas a través de la transferencia.

“Estos vínculos no se dan en escenarios edípicos simbólicos, sino en otros más arcaicos del psiquismo temprano donde la comunicación antecede a la palabra”. (Doria, 1995: 48). Dadas las características y capacidad para el establecimiento de vínculos de la paciente, la prevalencia de la pulsión de muerte manifestada mediante la agresión proyectada en el contexto transferencial, inicialmente fue complicado el crear un vínculo analítico propicio para el trabajo psicoterapéutico

Desde la teoría de Kernberg, Lulú tiene una fijación en la tercera etapa del desarrollo Diferenciación del sí – mismo y las representaciones objetales, donde no pudo desarrollar la capacidad de síntesis de las introyecciones de valencia positiva y negativa, en la cual por el incremento de la ansiedad y la tendencia a proyectar la agresión, expulsa las introyecciones negativas haciendo uso del mecanismo de la escisión, generadas por el contacto con una madre alcohólica, ausente, promiscua, etc.

“La fijación patológica o la regresión a esta etapa del desarrollo de las relaciones objetales internalizadas determina la organización de la personalidad de tipo fronterizo” (Kernberg, 1979: 54).

Lulú no logro llevar a cabo las dos tareas esenciales del yo para alcanzar la internalización de las relaciones objetales, según Kernberg (1979), que son:

I.- “La diferenciación entre las imágenes del sí-mismo y las imágenes objetales que forman las tempranas introyecciones e identificaciones.

II.- La integración de las imágenes del sí-mismo y de los objetos constituidos bajo la influencia de derivados instintivos libidinales con las correspondientes imágenes de sí-mismo y de los objetos constituidos bajo la influencia de los derivados instintivos agresivos ” (Kernberg, 1979:38).

Por su parte Mahler, (1977) define que cuando el mecanismo de escisión es excesivo puede llegar a originar la personalidad fronteriza, ella ubica el origen de este tipo de personalidad en el proceso de Separación Individuación en lo que propuso como la Tercera Subfase de Acercamiento. En esta subfase el pequeño se da cuenta con mayor claridad de la ausencia de la madre.

Se observa un aumento en la ansiedad por separación de ésta. Al principio es un temor a la pérdida del objeto, más tarde es un temor a la pérdida del amor del objeto. Se caracteriza esta subfase por el seguimiento de la madre y la huída de ella.

Se presenta una crisis de Acercamiento. En el caso de Lulú su mamá no pudo proveerla de elementos de la realidad con los que pudiera construir una imagen psíquica del mundo externo, por lo que no pudo pasar a la siguiente etapa, por un predominio del mecanismo de escisión.

En Lulú se observan problemas en relación al Superyó por no estar bien constituido, no presenta sentimientos de culpa, y posee un sistema de valores empobrecido. Su capacidad para evaluar de manera realista a los demás es precaria, en sus relaciones muestra incapacidad para empatizar, percibe a las demás personas como objetos distantes. Se vincula con los demás con superficialidad emocional. Esto se observa en la gran cantidad de relaciones que establece con sus diversas parejas.

Estas características coinciden con la afirmación de Kernberg: *“Estos pacientes poseen escasa capacidad para evaluar de manera realista a los demás y para entablar con ellos una verdadera relación de empatía”* (Kernberg, 1979: 46).

La paciente manifiesta una pobre representación de sí misma, autopercepciones contradictorias, conductas contradictorias, percepciones huecas y distorsionadas de los demás, una vivencia subjetiva de vacío. Este tipo de manifestaciones indican que existe una

deficiente integración de la identidad. Kernberg (1987) al respecto le da la denominación de: Síndrome de Difusión de la Identidad.

Mediante el mantenimiento firme y constante del encuadre, el trabajo interpretativo, y la construcción de un vínculo terapéutico, que se realizó mediante la tolerancia, el respeto y la empatía, la paciente fue integrando su Yo, el cual fue adquiriendo mayor capacidad para tolerar la ansiedad, y como consecuencia los mecanismos defensivos se fueron modificando. A ello contribuye el creciente sentido de realidad y una más amplia variedad de gratificación, de intereses que anteriormente no tenía.

De igual forma un mejor establecimiento en función de las relaciones de objeto. “Los diversos aspectos - amado y odiado, bueno y malo - de los objetos son ahora personas totales. Estos procesos de síntesis actúan en la totalidad del campo de las relaciones de objeto externas e internas” (Klein, 2009: 81)

Este proceso de síntesis inicia nuevos pasos en el trabajo psicoterapéutico, en la paciente surgen sentimientos de culpa, por el daño creado a sus objetos, ahora la agresión es mitigada por la libido, disminuye la ansiedad persecutoria manifiesta por ésta en relación de que toda la gente cercana quería dañarla incluyendo a su mamá y demás significantes. El Yo lucha por reparar y asimismo inhibe las pulsiones agresivas.

La ansiedad persecutoria es menos intensa, la escisión ahora se manifiesta de menor alcance y por lo tanto el Yo de Lulú tiene capacidad de integrarse paulatinamente

“La síntesis entre sentimientos de amor y pulsiones destructivas hacia un mismo objeto - el pecho - origina ansiedad depresiva, culpa y necesidad de reparar el objeto bueno dañado, el pecho bueno” (Klein, 2009: 75).

El medio ambiente en el cual se desarrollo Lulú fue el de una familia muy perturbada, donde las relaciones de objeto debieron haber sido sumamente precarias, carentes y muchas de las veces ausentes y traumáticas; la forma intensa de manifestar sus sentimientos primitivos manifestados en el vínculo transferencial, dan cuenta de ello. Sin embargo Lulú no se psicotizó. Considero que existe una situación importante, Lulú constitucionalmente tiene un Yo consistente. Ello le ayudó a permanecer en el proceso psicoterapéutico, a sintetizar los

sentimientos de amor y odio hacia el objeto. Y con ello una tendencia hacia la pulsión de vida.

“El hecho de que predominen sentimientos de frustración o de gratificación en la relación del lactante con el pecho está sin duda muy influido por las circunstancias externas; pero no podemos dudar de que deben tenerse en cuenta los factores constitucionales” (Klein, 2009: 77)

El trabajo realizado en el contexto psicoterapéutico, está propiciando que la paciente siga impulsándose hacia el desarrollo, hacia la construcción a partir de las unidades que ya posee de otras más amplias a fin de incrementar la pulsión de vida.

PULSIÓN DE MUERTE.

Manifestada amplia y constantemente por la paciente en las dos primeras etapas del tratamiento, por lo que se considera un componente relevante en este caso específico y de alto riesgo para ésta, dado que mediante la autoagresión atentó contra su vida, no siendo menos agresivas las conductas promiscuas presentadas.

Todas las manifestaciones de pulsión de muerte se hicieron sentir a través de la transferencia, con intentos claros de destrucción, aniquilación a través de irritabilidad, explosiones emotivas, enojo, rabia etc.

Una manera muy peculiar de la paciente para proyectar la pulsión de muerte fue la utilización del mecanismo de defensa de la identificación proyectiva, a través del cual la intención fue el control de la terapeuta.

Las manifestaciones de la pulsión de muerte en la paciente que se presentaron a través de la transferencia como mecanismos defensivos de bajo nivel, fueron constantemente interpretadas en el aquí - y - ahora de manera consistente “En la psicopatología grave es crucial la interpretación sistemática de las defensas para mejorar el funcionamiento del Yo y transformar y resolver las transferencias primitivas” (Kernberg, 1987: 91).

“Explorando estos procesos primitivos me convencí de que el análisis de la transferencia negativa, que ha recibido relativamente poca atención en la técnica psicoanalítica, es una condición previa del análisis de los niveles más profundos del psiquismo” (Klein, 2009: 62)

Toda vez que se realizó el trabajo interpretativo de la transferencia negativa, tan pronto aparecía en la transferencia, la intensidad de la pulsión de muerte fue disminuyendo paulatinamente.

En la etapa final del tratamiento, la pulsión de muerte disminuyó notoriamente. Ahora la tendencia de la paciente es hacia la vida misma, tiene proyectos, realiza actividades que le son gratas, cuida de ella, de sus orquídeas, adquirió su casita, asistió a un curso de cocina italiana y está incorporada a la vida productiva.

TRANSFERENCIA.

Inicialmente la transferencia se manifestó asimbólica, negativa, caótica e impensada, lo cual nos remite de inmediato a las épocas arcaicas pregenitales donde se detuvo el desarrollo yoíco de la paciente.

“Las manifestaciones de mayor constancia y desde las que se puede realizar el diagnóstico atañen sobre todo a la transferencia. Ésta se instala muy al comienzo del tratamiento con gran intensidad, como una forma primitiva de relación” (Doria, 1995: 211).

Mediante la interpretación constante de la transferencia primitiva, la cual expresaba relaciones objetales parciales y aspectos escindidos del concepto de sí – mismo, en relación con aspectos escindidos de representaciones objetales; se fue transformando paulatinamente en una transferencia más avanzada. “la integración de las representaciones objetales y del sí mismo y así del universo total de relaciones objetales internalizadas, es un objetivo estratégico principal en el tratamiento de pacientes con organización límite de la personalidad. (Kernberg, 1987: 93).

Las transferencias predominantemente negativas, dan cuenta del predominio de la pulsión de muerte manifiesta en la paciente, así como las constelaciones defensivas, acting – out, las

cuales fueron interpretadas sistemáticamente en el aquí – y – ahora, en la relación transferencial paciente – terapeuta.

“En pacientes límite la falta de integración del auto concepto y de diferenciación e individualización de los objetos, interfieren con la capacidad para diferenciar las relaciones objetales presentes y pasadas” (Kernberg, 1987: 91)

Mediante la constante interpretación de la transferencia negativa, ésta paulatinamente se fue transformando en una transferencia de un nivel superior, ya no tan primitiva, con lo cual se iniciaron las reconstrucciones genéticas en la etapa final del tratamiento.

“La reconstrucción genética deberá intentarse solo en las etapas avanzadas del tratamiento, cuando las transferencias primitivas, se han transformado en transferencias de más alto nivel” (Kernberg, 1987: 88).

CONTRATRANSFERENCIA.

Dado el uso del mecanismo de defensa de identificación proyectiva tan intenso por la paciente, como recurso para la expresión de la pulsión de muerte, contratransferencialmente me percaté del grado de regresión de ésta.

La pulsión de muerte se manifestaba en un inicio a través de la transferencia primitiva y caótica de la paciente, me sentía invadida, otros momentos me sentí exigida ante las demandas y ataques constantes al encuadre, asimismo con desesperanza por la lentitud de avances. Lo cual era interpretado en la relación transferencial. “debe devolver al paciente la síntesis de las emociones que están expuestas en el vínculo” (Bleichmar, 2010: 457).

“Esta relación transferencial tan primitiva provoca una profunda respuesta contratransferencial, muy importante para el trabajo analítico de estos pacientes. Se manifiesta por miedo, sensaciones de ser atacado, sentimientos contradictorios, frustración, pérdidas de lucidez momentánea, tedio, desesperanza y furia”. (Doria, 1995: 212).

Finalmente el contexto intersubjetivo creado por la paciente y la terapeuta, se tornó un lugar favorable para el desarrollo del análisis. Ya no me sentí agredida.

PROCEDIMIENTO PSICOTERAPÉUTICO.

Se estableció un vínculo terapéutico a través del cual se realizó todo el trabajo de análisis, lo que requirió de constancia, empatía, interpretaciones, establecimiento de límites etc.

En el tratamiento se utilizó la Psicoterapia de Expresión propuesta por Kernberg. Cuya meta es resolver las disociaciones primitivas a través de la interpretación de la transferencia primitiva, con el propósito de lograr, en forma gradual, la integración de las representaciones objetales parciales en representaciones objetales más integradas, buscando la transformación de la transferencia primitiva a una más avanzada.

La prevalencia de la pulsión de muerte se manifestó ampliamente en el proceso psicoterapéutico y con gran énfasis en los intentos de destrucción del encuadre, a través de diferentes formas.

“Kernberg se identifica con Melanie Klein y con Hartmann cuando considera que justamente la agresión es una de las causas más importantes de los problemas que tienen los fronterizos” (Bleichmar, 2010: 469)

Considero de suma importancia para el buen desarrollo del trabajo con este tipo de pacientes, el establecimiento claro y preciso del encuadre, así como la permanencia de éste. Dada la tendencia de los pacientes a romperlo.

A través del encuadre se contuvieron las tendencias agresivas de la paciente, y con el establecimiento de límites se fue generando tolerancia a la frustración, asimismo le permitió a la paciente una mejor estructuración, desarrollo e integración. Dado que ésta era una persona que carecía de límites, diques y de represión.

“El estudio de las perversiones nos ha procurado esta intelección: la pulsión sexual tiene que luchar contra ciertos poderes anímicos en calidad de resistencias; entre ellos se destacan de manera más nítida, la vergüenza y el asco” (Freud, 1901: 147).

Se trabajó con la interpretación, herramienta fundamental en el trabajo analítico, de las transferencias predominantemente negativas, las constelaciones defensivas, con la finalidad de que se diera una transformación de las representaciones objetales parciales, a representaciones objetales con mayor integración y con ello una transferencia de mejor nivel.

La paciente logró una mejor inserción social. Obtuvo un empleo más estable que le permitió la adquisición de una vivienda. Estableció relaciones interpersonales más armoniosas. Se dedicó al cuidado de sus plantas. Encontró el placer por la lectura y el gusto por la música, asistió a un curso de cocina italiana. Se observó una presencia mayor de la pulsión de vida sobre la pulsión de muerte.

De igual manera cuestiono la postura de Kernberg en relación a que el mínimo de sesiones con estos pacientes deben ser dos o tres semanalmente; por ser pacientes sumamente regresivos y por ende la transferencia cuenta con elementos dañinos para la salud del terapeuta, a decir, la identificación proyectiva es muy intensa y tener un paciente con estas proyecciones tres veces a la semana sería sumamente desgastante para el terapeuta.

La Psicoterapia de Expresión utilizada en este caso específico, resultó de gran utilidad y de fácil manejo, y dadas las circunstancias del medio en el que se llevó a cabo, económicas, sociales y culturales no es un campo propicio para trabajar con la modalidad que el autor sugiere “obviamente, esto requiere un tratamiento intensivo a largo plazo, por lo general, no menos de dos a tres sesiones a la semana, durante un periodo de cinco a siete años” (Kernberg, 1987:99)

Desafortunadamente esta prescripción es difícil aplicar en el contexto de una ciudad como Morelia, dadas las condiciones económicas, culturales y sociales de quienes demandan el servicio de psicoterapia; por lo tanto se hizo una modificación a la periodicidad de las sesiones.

En este caso específicamente, se redujo a una sesión semanal. Aún cuando no se trabajaron las sesiones que el autor sugiere; se reportaron en la paciente avances significativos en su trabajo psicoterapéutico.

De lo que se desprende al menos que en este caso las sesiones semanarias si reportaron beneficios a favor de la paciente con estructura límite de la personalidad.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.

5.1 CONCLUSIONES.

La libido llegó a mitigar las pulsiones de muerte con el progreso en la integración y síntesis de emociones contrastantes dirigidas al objeto.

Se considera pertinente por los resultados obtenidos en este caso, la psicoterapia de expresión para el tratamiento de los trastornos de la personalidad límite.

La entrevista estructural resultó ser, una técnica eficaz para el diagnóstico de los pacientes con estructura de personalidad límite.

Se considera de suma importancia el establecimiento de un vínculo relacional paciente – terapeuta, a partir del cual pueda realizarse un trabajo eficaz.

El establecimiento y la conservación del encuadre resultó ser un elemento indispensable para el desarrollo y continuidad del procedimiento terapéutico.

El haber trabajado con esta paciente me resultó muy satisfactorio, fue una experiencia donde pude constatar la grandeza del ser humano, como a pesar de las limitaciones siempre puede existir una vida mejor y la necesidad de contar con alguna persona que no juzgue, que entienda y comprenda.

Como terapeuta, esta investigación me significó un gran reto; ya que el trabajo aquí presentado, es el resultado de muchas horas de trabajo clínico, de tiempos dedicados al registro sistemático de las sesiones; contiene mucho esfuerzo y dedicación en la búsqueda de la bibliografía adecuada, como en la lectura de ésta para la selección de las notas requeridas, horas dedicadas a la redacción de los diferentes capítulos, específicamente a lo referente con la aplicación de material clínico, ya que la pretensión siempre fue mostrarlo de tal manera que resultara totalmente entendible a quien lo leyera. Tiempos de reflexión, análisis, de asesorías y revisión constante. Y otro aspecto que considero importante; al momento de ir revisando el material clínico, ir recordando situaciones que se dieron con la paciente y generaron algunas emociones, nuevamente estaban ahí, no con el mismo impacto, pero si esperando que diera cuenta de ello.

5.2 LIMITACIONES.

Los hallazgos encontrados en esta investigación en relación a la implementación de una sesión semanal, debe considerarse como una hipótesis, o propuesta de trabajo que requiere de la comprobación a través de otras investigaciones al respecto.

Una de las limitaciones que tuvo esta investigación fueron los factores socioeconómicos de la paciente, que no permitieron una mayor permanencia de ésta en el tratamiento.

Surge como una limitante el no poder contrastar los resultados vertidos en esta investigación, con otras investigaciones afines.

Otra limitación sin duda fue el no poder escribir nítidamente un sin número de situaciones que se dan en esos momentos. Como el lenguaje no verbal, el contexto intersubjetivo creado en el setting analítico etc.

5.3. SUGERENCIAS.

Se sugiere en primer término, la realización de nuevas investigaciones con pacientes con Trastornos de la Personalidad Limítrofe, mediante la aplicación de la Psicoterapia de Expresión incluyendo la modificación que se realizó en esta investigación en lo referente a la periodicidad de las sesiones, de una sesión semanal, con el propósito de contrastar, confirmar, comprobar o rechazar el hallazgo de esta investigación.

Se propone la realización de investigaciones que profundicen en el tema de la Pulsión de Muerte característica en los pacientes fronterizos.

Otras investigaciones que pudieran ser de mucha utilidad, serían las que vayan enfocadas específicamente a analizar el mecanismo de la identificación proyectiva y sus repercusiones.

Dada la intensidad del mecanismo de Identificación Proyectiva utilizado por este tipo de pacientes en la transferencia, y las repercusiones que ésta pueda generar; se sugiere la

atención limitada en cuanto a número de pacientes con trastornos de personalidad límite por terapeuta.

Se sugiere asimismo, que el terapeuta posea una vida propia, dentro de la cual se realice como ser humano, independiente de su profesión, donde pueda tener los disfrutes propios de la vida, que de alguna manera puedan contrarrestar las situaciones intensas vividas con este tipo de pacientes.

También considero importante sugerir que al atender pacientes con Trastorno de la Personalidad Límite, es conveniente contar con el apoyo de otro profesional, ya sea supervisor, colega o asesor.

BIBLIOGRAFIA.

- Aberastury, A. y Knobel, M. (2007). *La adolescencia normal*. D.F., México:
Paidós Educador.
- Bleichmar, M. N. y Leiberman. B. C. (2006). *El psicoanálisis después de Freud*.
Barcelona, España: Paidós.
- Balint, M. (1993) *La falta básica. Aspectos terapéuticos de la regresión*. Barcelona,
España: Paidós.
- Blos, P. (2003). *La transición adolescente*. Buenos Aires: Amorrortu.
_____ (1971). *Psicoanálisis de la Adolescencia*. Joaquín Mortiz.
- Brenner, Ch. (1958). *Elementos fundamentales de Psicoanálisis*. Buenos Aires,
Argentina: Libros básicos.
- Doria, M. R, y Melgar, M. C. (1995). *Hacia el psicoanálisis de las psicosis*. Buenos
Aires, Argentina: Lumen.
- Dolto, F. (2004). *Seminario de Psicoanálisis de niños*. D.F., México: Siglo XXI.
- Erwin, S. (1994). *Conceptos fundamentales de la psicoterapia*. D. F., México:
Fondo de cultura económica.
- Freud, A. (1992). *Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente*. .
_____ (1997). *Normalidad y patología en la niñez*. Buenos Aires, Argentina:
Paidós.
- Freud, S. (2006). *Tres ensayos de teoría sexual*. Obras completas. Volumen VII.
Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
_____ (2006) *Sobre un caso de paranoia*. Obras completas. Volumen XII.

- Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- _____ (2006). *Conferencias de introducción al psicoanálisis*. Obras Completas. Volumen XVI. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- _____ (2006). *Más allá del principio del placer*. Obras completas. Volumen XVIII. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- _____ (2006). *El yo y el ello*. Obras completas. Volumen XIX. Buenos Aires Argentina: Amorrortu.
- Garza, M. A. (1988). *Manual de técnicas de investigación para estudiantes de Ciencias sociales*. D. F., México: Colegio de México.
- Green, A. y et. Al. (1988). *La pulsión de muerte*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Greenson, R. (1994). *Técnica y práctica del psicoanálisis*. D. F., México: Siglo XXI.
- Grinberg, L., Sor, D., Tabak, B. E. (1972). *Introducción a las ideas de Bion*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- González, J. (2001). *Psicopatología de la adolescencia*. D.F. México: Manual Moderno.
- Halguín, R. Y Krauss, S. (2003). *Psicología de la anormalidad*. D. F. México: Mc Graw Hill.
- Hernández, S. R., Fdez, C. C., Baptista, L. P. (2010). *Metodología de la investigación*. D.F. México: Mc Graw Hill.
- Kernberg, O. (1987). *Trastornos graves de la personalidad*. D.F. México: Manual Moderno.

- _____ (1998). *Teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico*. México: Paidós.
- _____ (1979). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Barcelona, España: Paidós.
- _____ (1994). *La agresión en las perversiones y en los desórdenes de la personalidad*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Klein, M. (2009). *Envidia y gratitud*. Barcelona, España: Paidós.
- Laplanche, J. y Pontalis, J. (1993). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona, España: Paidós.
- Mahler, M., Pine F. y Bergman, A. (2002). *El Nacimiento psicológico del Infante humano*. D.F., México: Enlace Editorial.
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (1995). Barcelona, España: Masson.
- Racker, H. (1991). *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. D.F., México: Paidós.
- Rodríguez, Gil, y García, J. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga, España: Ediciones Algibe
- Segal, H. (2006). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. D.F. México: Paidós
- Spitz, R. (1986). *El primer año de vida del niño*. D. F. México: Fondo de Cultura Económica.
- Tallaferro, A. (2008). *Curso básico de psicoanálisis*. D.F. México: Paidós.
- Winnicott, D. (1995). *La familia y el desarrollo del individuo*. Buenos Aires, Argentina: Lumen-Hormé.

_____ (1999). *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona, España:

Paidós Psicología Profunda.