



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA INFANTIL

“SAÚL: ¿TODO ES UN PROBLEMA DE REGLAS?”

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL QUE PARA
OBTENER EL GRADO DE MAESTRA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

TAMARA CORDERA THACKER

DIRECTORA DEL REPORTE: DRA. BERTHA BLUM GRYNBERG

COMITÉ TUTORIAL:

DRA. LUISA JOSEFINA ROSSI HERNÁNDEZ

DRA. MARÍA EMILY REIKO ITO SUGIYAMA

MTRA. MARÍA CRISTINA HEREDIA ANCONA

MTRA. MARÍA FAYNE ESQUIVEL ANCONA

MÉXICO, D.F.

DICIEMBRE 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

“El de la locura y el de la cordura son dos países limítrofes, de fronteras tan imperceptibles, que nunca puedes saber con seguridad si te encuentras en el territorio de la una o en el territorio de la otra. “

Samuel Beckett

Agradezco a todo lo que engloba la UNAM (Programa de Maestría, cada uno de los profesores y mis compañeros) por haber sido un cálido y contenedor “ambiente facilitador” en el proceso de aprendizaje, reflexión y creatividad.

Agradezco especialmente a Bony, por su cariñoso y genuino sostén y contención a lo largo de estos dos años, que me permitió pensar, reflexionar, crear e inventar en el proceso de devenir psicoterapeuta infantil.

También agradezco cariñosamente a Luisa Rossi por su detallada y crítica revisión del Reporte, además de todo lo que le aprendí de la clínica durante estos dos años.

Agradezco a la Psic. Sandra Núñez y a la Dra. Rosa Juárez por haberme acompañado con sus cálidas reflexiones, sugerencias, y haber trabajado en equipo en el caso de Saúl y de todos los demás pacientes que tuve en el CISAME.

Finalmente agradezco a los pacientes que tuve en estos dos años, ya que cada uno de ellos contribuyó en mi formación como psicoterapeuta infantil.

ÍNDICE

Introducción	1-7
Capítulo I. Método de trabajo	8-11
Objetivo del trabajo	8
Objetivos específicos	8
Participantes	8
Escenario	8-9
Método	9
Procedimiento	9-10
Instrumentos y Materiales	10-11
Capítulo II. “Historias: “La personal, la familiar y institucional.”	12-30
La personal	12-17
La familiar	17-23
La institucional	23-30
Capítulo III. Marco Teórico	31-76
Aspectos teóricos sobre los estados fronterizos	31-50
Antecedentes	31-39
Estados fronterizos en niños	39-44
Aspectos metapsicológicos de los estados fronterizos en niños	44-50
Modelo psicoterapéutico	51-76
La clínica en los estados fronterizos	51-61
Envolturas psíquicas	61-63
La contratransferencia y transferencia en los estados fronterizos	63-68
Sostenimiento (holding)	68-70
Función de reverie y continente	70-72
Elementos técnicos	73-76
Capítulo IV. Estrategia Psicoterapéutica y los elementos de su construcción.	77-96
Construcción del diagnóstico	77-80
Resultados de las pruebas proyectivas	80-84
Preguntas planteadas	84
Objetivos psicoterapéuticos	85
Intervención psicoterapéutica	86-96
Capítulo V. Proceso psicoterapéutico	97-142
Capítulo VI. Discusión	143-157
Capítulo VII. Conclusión	158-161
Bibliografía	162-165
Apéndice 1.	166
Apéndice 2.	167
Apéndice 3.	168
Apéndice 4.	169
Apéndice 5.	170
Apéndice 6.	171
Apéndice 7.	172
Apéndice 8.	173

Introducción

La clínica con niños, considero que es un vasto mundo que nos lleva a pensar continuamente sobre modos de intervención posibles, y desde la orientación psicoanalítica, es reflexionar sobre estos modos de intervención interrelacionados con las fantasías, los deseos, la angustia, el mundo interno del niño, la forma en que narra su historia y, también, la manera en que cuenta, siente, interpreta y manifiesta su sufrimiento.

Tomar la decisión de a cuál de los pacientes presentar fue difícil, pero decidí exponer el caso de Saúl (que es un nombre ficticio), ya que fue un paciente que me enfrentó a lo impensable, lo confuso, lo “loco”, entre otros, y me llevó a leer, analizar y pensar acerca de la importancia del ambiente, de la madre, en la construcción del aparato psíquico. También me hizo reflexionar constantemente acerca de los límites, de las fronteras, de la pulsión, de la represión primaria, de las envoltura psíquicas.

Fue pensar en lo traumático de la falla y la carencia libidinal, narcisista; la falta de respuesta del objeto primario; la madre deprimida, triste, presente físicamente pero no afectivamente. Representó enfrentarme a lo irracional, incoherente, bizarro, inquietante. Pensé en la fragilidad de la organización yoica, de las relaciones de gratificación y frustración, de las experiencias de abandono, de perversión, enfermedad, de muerte que contribuyen en la psique del niño.

A nivel terapéutico, implicó pensar y conceptualizar a los límites, como una demarcación o una barrera necesaria al avasallamiento por la angustia masiva que puede reeditar el encuentro con esa madre o ambiente que no pudo dosificar y regular los estímulos internos y externos, además de proponer un proceso de elaboración y simbolización.

Me enfrenté al acto, a las representaciones cosa, a una angustia intensa con distintos contenidos y fantasías, por lo que intervine tendiendo puentes, construyendo algo nuevo, como cadenas de representaciones, simbolizaciones, estableciendo nexos.

De esta forma, el trabajo psicoterapéutico con Saúl me condujo a una constante y continua reflexión sobre la articulación teoría-clínica y sobre la importancia del diagnóstico como hilo conductor para la construcción de la estrategia de intervención terapéutica a seguir.

La clínica y la teoría van de la mano, están articuladas, y esta concepción me permitió plantearme algunas preguntas: ¿desde dónde estoy trabajando?, ¿ desde dónde concibo, leo, escucho y comprendo el caso?, ¿ desde dónde construyo y planteo determinada intervención terapéutica y no otra? Hago referencia a Bleichmar (1999), cuando comenta que en la clínica, es fundamental haya una relación entre el marco teórico desde el cual se trabaja, y la prescripción que se indica.

Por consiguiente, lo anterior es un hilo conductor que me permitió que construyera y pensara las hipótesis, y como plantea Winnicott, me ayudó a poner en palabras las intuiciones, sensaciones y sentimientos que este caso me planteó.

Relacionado a esta articulación se encuentra el diagnóstico, elemento que me permitió no sólo comprender el caso, sino que poder pensar, reflexionar y después construir y crear las estrategias de intervención terapéuticas adecuadas para el paciente y su mayor bienestar. Me parece importante decir que para mí el diagnóstico no es un encasillamiento de lo que es la persona, sino la posibilidad de comprender cómo funciona su aparato psíquico, cómo se angustia, ante qué se angustia, cómo se defiende, qué predominio del proceso de pensamiento hay, cómo

percibe a los objetos, qué fantasías predominan, esto es, pensar el caso desde lo que predomina, además de los recursos con los que cuenta.

¿Cómo concebí al diagnóstico? ¿ Qué significó para mi ? ¿Desde qué enfoque lo planteé? ¿Por qué desde este enfoque y no otro? ¿Cómo lo construí? ¿Qué evolución o cambios tuvo? ¿Qué utilidad tuvo para mí? ¿De qué manera posibilitó la decisión y la construcción de la intervención terapéutica? ¿Qué sucedió a lo largo de las sesiones?

El diagnóstico lo elaboré desde un enfoque psicoanalítico con ayuda del espacio de supervisión. Lo trabajé desde la concepción metapsicológica del funcionamiento del aparato psíquico (Bleichmar,1999), y me basé en distintos autores que me ayudaron a confirmar y comprender el diagnóstico, pero también a comprender el caso y reflexionar sobre el modelo de intervención terapéutico.

El diagnóstico y entonces la explicación de cómo funciona la psique del sujeto, me permitió establecer los objetivos terapéuticos y entender cómo trabajar el caso, en dónde enfocarme más, claro desde una perspectiva abierta y flexible hacia lo que éste va mostrando, sin encasillarme, para poder ver al sujeto en su ser y sus posibilidades de ser.

El diagnóstico clínico y metapsicológico que construí, me llevó a enfrentarme hacia distintas posturas sobre “lo límite” y sobre la psicopatología borderline, fronteriza o límite: para algunos autores es un estado, para otros es una estructura de personalidad. Cada una de estas posturas, me posibilitó comprender desde distintas perspectivas a Saúl, esto es, algunas ponen más énfasis en las relaciones objetales, otras en los tipos de angustias, otras en el funcionamiento del yo, otras en el encuadre y de esta forma pude construir y entender el caso incluyendo diferentes aspectos.

En cuanto a la supervisión pienso que es un elemento importantísimo en mi formación, tanto en el aprendizaje de lo teórico como de lo clínico. Asimismo, permitió que pensara, mirara y reflexionara sobre aspectos que no había visto antes. Por lo tanto, representó un espacio de profunda reflexión que permitió que aprendiera a pensar el caso de una manera más amplia y profunda.

Esto lo relaciono con la importancia que tuvo para mi estar en análisis, no sólo a nivel personal, sino que también a nivel profesional. Cada niño, y en este caso en particular, Saúl, me movió sentimientos, reacciones que los pude analizar, entender y elaborar comprendiendo de qué manera se “inmiscuyeron” en mi propia historia, o sea, de las reflexiones que me acompañaron en este proceso, una recayó sobre del trabajo con la contratransferencia y aunado a esto, lo crucial de mi propio análisis como otro elemento que pienso es fundamental para mi formación como psicoterapeuta.

En lo que respecta a la contratransferencia, me parece que es una herramienta y un obstáculo, con la que nos enfrentamos y me enfrenté en el trabajo con pacientes y con la que considero fundamental trabajar para la comprensión del caso, y hago alusión a María Cristina Rother (2007) quien, desde una perspectiva winnicottiana, considera la contratransferencia como el instrumento privilegiado en el trabajo con pacientes fronterizos, tanto que a veces es desde ahí que hacemos el diagnóstico. Fue aprender a trabajar con lo que me hace pensar, sentir, recordar y fantasear el paciente y poder diferenciar en la medida de lo posible qué parte es mía, qué de él y cómo se “atravesaba” esto en mí.

Este conjunto articulado teoría-clínica-supervisión-análisis personal, representó un pilar, un hilo conductor y simbólicamente, una contención a lo largo de mi formación como psicoterapeuta.

Las habilidades profesionales implícitas en el trabajo realizado son relacionadas con la clínica, por ende, con el análisis, comprensión de las lecturas y con la capacidad para construir un modelo de intervención en relación a la teoría.

La modalidad de intervención es de tipo terapéutico y de prevención secundaria y el área en que se ubica dicha intervención es del sector público de salud.

El objetivo del trabajo por lo tanto es exponer y analizar una intervención psicoterapéutica con un preadolescente con psicopatología fronteriza enfatizando en la articulación teoría-práctica.

El trabajo parte del paradigma cualitativo y es un estudio de caso, por ende, utilicé una estrategia cuyos objetivos son explorar, describir, explicar, evaluar y/o transformar (Rodríguez, et. al., 1999).

En el primer capítulo desarrollo el Método de trabajo el cual está compuesto por el objetivo de trabajo, el escenario, participantes, procedimiento instrumentos y materiales, con el fin de comprender lo que pretendí con este trabajo, dónde lo realicé, de qué forma, con quién y con qué.

El segundo capítulo trata sobre la historia personal, familiar e institucional de Saúl, con el propósito de que el lector comprenda cómo es que llegué al diagnóstico y a la intervención psicoterapéutica.

El tercer capítulo consiste en el Marco Teórico en el que me basé para construir la intervención psicoterapéutica. En el primer apartado desarrollo los aspectos teóricos sobre los estados límites, incluyendo los antecedentes, los estados límites en niños y después los aspectos metapsicológicos de los mismos.

La segunda parte del marco teórico consiste en desarrollar aspectos teóricos sobre el Modelo Psicoterapéutico, y al inicio desarrollo el tema sobre la Clínica con

estados límites, en donde primero explico cómo he concebido a la clínica y después aterrizo en autores que han trabajado la clínica con este tipo de pacientes. Posteriormente escribo sobre las Envolturas Psíquicas, concepto que engloba a otros temas que también se desarrollan que son la contratransferencia y transferencia, el holding. Después explico sobre la función de reverie y finalizo con elementos técnicos que utilicé en dicha intervención.

El cuarto capítulo, se refiere a la exposición de la estrategia de intervención psicoterapéutica, la cual está incluida por la construcción del diagnóstico, resultados de las pruebas proyectivas, preguntas planteadas, y la intervención psicoterapéutica como tal.

En el quinto capítulo analizo el proceso psicoterapéutico enfocándome en cuatro sesiones representativas del caso, e incluyo un recorrido por otras sesiones que nos permiten comprender mejor dicho proceso, así como avances o logros psicoterapéuticos.

Después se encuentra la discusión en donde reflexiono acerca de la intervención psicoterapéutica y también reflexiono sobre el trabajo que realicé.

Al final se encuentran las conclusiones que se basan sobre todo en el análisis y la reflexión sobre mi experiencia en la Residencia en Psicoterapia Infantil, y en las habilidades y competencias que desarrollé.

Capítulo I. Método de Trabajo

Objetivo general del trabajo: exponer y analizar una intervención psicoterapéutica para un preadolescente con psicopatología fronteriza poniendo énfasis en la articulación teoría-práctica.

Objetivos específicos: construir un diagnóstico clínico y metapsicológico, plantear preguntas, establecer los objetivos psicoterapéuticos, construir la intervención psicoterapéutica.

Participantes: El caso que presento se refiere a Saúl de 13 años. Comencé a trabajar con él desde octubre del 2006 hasta agosto del 2008, ya que la psiquiatra encargada del caso pidió la aplicación de pruebas proyectivas con el fin de evaluar el aspecto emocional.

Los padres también formaron parte del trabajo terapéutico, con ellos tuve entrevistas cada dos meses aproximadamente a partir del mes de Junio del 2007 (fueron un total de 10 entrevistas a partir de esa fecha), con distintos fines, tales como la contención de los padres, el conocer cómo se encontraba la dinámica familiar, por ejemplo, cómo se vinculaban, cómo resolvían los conflictos, entre otros.

Escenario: La Residencia en Psicoterapia Infantil la realicé en el CISAME(Centro Integral de Salud Mental) en la clínica de Paidó II del sector salud. En este centro, se trabaja de manera conjunta con Psiquiatría(entre una de sus funciones se encuentra la de canalizar a los pacientes a los servicios de psicología, aprendizaje, o neuropsiquiatría) o también a Neuropsiquiatría y Terapia Aprendizaje, por lo tanto, es un modelo multidisciplinario.

La atención es de tipo ambulatorio, y está dividida en clínicas a partir de las edades: Paidó I (0-5 años con 11 meses), Paidó II(6 años-11 años, 11 meses) y Paidó III (12 años-18 años); y adultos I y II.

Método: El reporte de experiencia profesional lo elaboré desde el paradigma cualitativo. La estrategia para obtener, analizar y presentar la información ha sido el estudio de caso (Ito y Vargas, 2005). Éste implica un proceso de indagación caracterizado por un examen detallado, comprehensivo, sistemático y en profundidad del caso a estudiar, cuya exigencia es que tenga algún límite físico o social que le dé entidad.

Asimismo, permite confirmar, cambiar, o ampliar el conocimiento sobre el objeto de estudio, el cual tiene un carácter de unicidad, y los objetivos que los orientan son: explorar, describir, explicar, evaluar y/o transformar. (Rodríguez, et. al., 1999).

Puse énfasis en las significaciones, en las producciones simbólicas, en el discurso, y como lo explican Ito y Vargas (2005), en este tipo de aproximación se busca la cercanía con el sujeto, con el fin de obtener, además de conductas observables, estados internos.

Procedimiento: Durante los dos años de Residencia tuve supervisión semanal con un psicóloga adscrita al CISAME, además de la supervisión en la Facultad de Psicología de la UNAM.

En el caso de Saúl, trabajé en forma simultánea con su Psiquiatra. Impartí la psicoterapia en un consultorio con buena iluminación artificial, con un escritorio, cojines y cajas para los juguetes.

Desde que conocí a Saúl, el proceso que llevé fluctuó en un ir y venir de lo inductivo a lo deductivo y viceversa. Por ende, analicé desde la clínica a la teoría, y de la teoría a la clínica. El proceso inició desde que leí el expediente de Saúl y me

encontré con un paciente muy “longevo” en la Institución, ya que llevaba ahí desde octubre del 2000, historia que en el siguiente capítulo explicaré.

Posteriormente tuve tres entrevistas con el padre en octubre del 2006, y con la madre las primeras (noviembre y diciembre del 2006) para “contener” su ansiedad y las otras (diciembre 2006 y enero 2007) para construir la historia clínica.

Conocí a Saúl en octubre del 2007 con el fin de aplicar pruebas proyectivas y el motivo de consulta que me dio fue el siguiente: “que me porto mal, por mal comportamiento”. También refirió que sentía “ansias” de pegarle a su hermano Ulises y que sentía que su padre siempre estaba del lado de éste.

De octubre del 2006 a agosto del 2008 fueron un total de 73 sesiones por semana de 60 minutos.

Instrumentos y materiales : Los instrumentos que utilicé fueron: entrevistas semiestructuradas; las pruebas proyectivas, Figura Humana, H T P, Dibujo de la Familia, CAT, así como dibujo y juego libre.

Los materiales que utilicé para lograr la expresión de emociones, la simbolización, etc. fueron: papel, lápices crayolas, colores, acuarelas, carbón, plastilina, varios tipos de juguetes(animales, luchadores, soldados, muñeco y muñecas), juegos de mesa, coches, maletín médico. Pechberty (2000) plantea que el mediador utilizado adquiere para el niño el valor metafórico y metonímico, que posibilita que pase a otro nivel psíquico.

Doltó (2005) habla del trabajo con el dibujo y señala que con éste penetramos en el mundo del niño, en su fantasía, afectividad y nos sirve “.. en las conversaciones con el niño, para elucidar el sentido de sus representaciones. Nunca damos interpretaciones directas de los dibujos. Es necesario el contexto, la situación afectiva del sujeto en el momento en que lo trae, el papel que tiene este símbolo en

el juego, el discurso en que lo envuelve, el dibujo, el sueño, la historia relatada "(p.136).

Por otra parte, recurrí a objetos que le permitieron simbolizar, diferenciar, por ejemplo una caja individual, personal para guardar su material y producciones que : "... se le ofrece al comienzo del tratamiento y se transforma en el símbolo de la situación de secreto íntimo que se traduce en el contrato verbal en el caso del tratamiento con adultos " (Aberastury,1973).

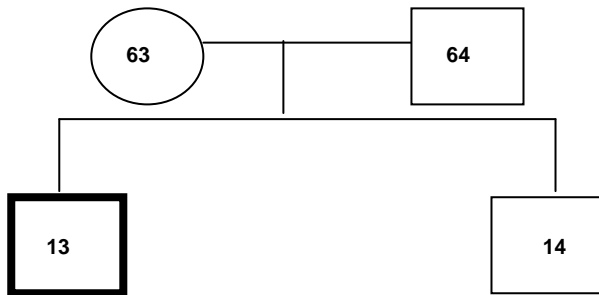
Capítulo II. Historias: “La personal, la familiar y la institucional.”

HISTORIA PERSONAL

Ficha de identificación:

Nombre: Saúl
Edad: 13 años
Sexo: Masculino
Escolaridad: Segundo de secundaria
Fecha y lugar de nacimiento: 1995, México, D.F.
Ocupación: Estudiante
Religión: Testigos de Jehová

Familiograma:



Tengo el primer encuentro con el padre de Saúl, un hombre de 64 años, ya que la madre(a quien vi hasta finales de Noviembre), como mencioné, se encontraba hospitalizada a causa de una cardiopatía.

El motivo de consulta del padre fue: “ Dra. Todo es un problema de reglas”, además de que expresó que “ no sabía por donde empezar.” Es pertinente decir que no sólo se escuchó dicho motivo sino que parece que hubo cierta “ actuación” del mismo, ya que en ese momento, entraron abruptamente Saúl y Ulises, su hermano un año mayor, cabe aclarar que estaba conociendo el consultorio y no sabía cómo se cerraba la puerta. Me presenté y Saúl me dijo sin verme a los ojos y con una risa nerviosa “ Mucho gusto Dra. Tamara.”

Asimismo, en este momento el padre expresó que sentía “ un peso impresionante con esto de cuidar a los chicos que son terribles.” Comentó que tanto su esposa como él querían que atendiera a Saúl “por su agresión, porque es impulsivo y no acata órdenes.”

Refirió que desde siempre Saúl ha sido agresivo e impulsivo, aunque en otro momento de la entrevista dijo: “los problemas empezaron desde los cuatro años de Saúl, cuando entró al Kinder.” También comentó: “casi siempre nos está midiendo, retándonos, pero sólo en casa, en la escuela sí se concentra, saca 10, le gusta la geografía.”

El motivo de consulta dado por la madre en una entrevista posterior, una mujer de 63 años, quien se dedica al hogar, fue: “En el aspecto emocional le hace travesuras al hermanito(mayor que él), lo hace enojar, se golpean, lo quiere borrar del mapa. Saúl a lo largo de varias sesiones ha expresado su deseo “ de borrarlo del mapa”, de que no quiere “ que lo contagie” y en las últimas sesiones hablaba mucho acerca de que Ulises estaba robando a la gente, a su familia y a él mismo.” Asimismo refirió que sus hijos: “ No se dan cuenta que están enfermos.”

A continuación hablaré sobre algunos datos de su historia que permiten comprender el caso. El cuanto al desarrollo prenatal, la madre tenía 42 años de edad cuando se embaraza, y describe esta etapa como difícil, y la noticia del embarazo como “ inesperada”, expresando que “casi no sentía a Saúl”, que éste no se movía. Refirió que no se dio cuenta que estaba embarazada y que se sintió sorprendida, por ejemplo, comentó” no es posible que no me había dado cuenta, no es lo que había querido,... es algo especial y bonito.”

Recordó que fue un parto delicado y que sintió miedo de que su hijo “no naciera bien” y que estaba nerviosa. El parto fue por cesárea, y comentó que su marido no pudo estar con ella en este momento, y lloró al relatar este hecho. Saúl estuvo cinco días en la incubadora ya que nació con bajo peso, y ella se sintió débil pero contenta. Describió a Saúl como: ” muy chiquito, me dio ternura, fue un regalo de Dios, lo recibí con gusto.”

La madre comentó que le dio pecho durante nueve meses, y describió con desagrado que Saúl “ se le prendía al pecho, ya que le gustaba mucho.”(Sic. Madre). El momento del destete fue descrito como difícil ya que lloraba mucho y se enojaba si no le daba pecho. Asimismo, relató que al darle mamila lloraba como hasta los seis meses, y al cumplir los diez, refirió que se enojaba, que no quería agarrar la mamila y expresó:” parecía que lo estaba matando.”

El padre mencionó no recordad cuando Saúl era bebé ya que su esposa es quien se encargó. Comentó que no esperaban a su hijo, y describió esa etapa como difícil. Refirió que su esposa y él “andaban en un relación clandestina” (sic. Padre), ya que él acababa de enviudar y ella en proceso de separación. Describió con llanto a esta etapa como “ inesperada” y en la que fue criticado por su familia, además de que dijo que él y su esposa “partieron de cero.”

En cuanto al nacimiento, el padre refirió que recuerda que cuando Saúl nació su esposa trabajaba en una imprenta, y la hermana de él se hizo cargo de sus hijos por año y medio. Trabajaban de 8:00 de la mañana a 9:00 de la noche. Dijo que desde que lo vio gateando vio “ que no iba a ser normal” ya que Saúl le pegaba a su madre.

De los dos años a los cuatro se fueron a vivir a otro terreno y se encargaban de sus hijos los vecinos. A partir de los cuatro años de Saúl y hasta ahora, debido a que su madre se jubiló, ella se encargó de la crianza de sus hijos.

El padre dijo que cuando Saúl se enoja “hace sonidos guturales, grita y se va.” Por otra parte, lo describió como con “una inteligencia privilegiada” y que si se lo propone puede lograr “ muchas cosas, como buenas calificaciones.”

Asimismo expresó que: “hace amistades en todas partes, es simpático y educado.” Refirió que Saúl se nombra a si mismo” como bonito, inteligente, guapo, hábil para todo.” El padre dijo que su hijo estaba interesado en la política, en la Geografía. Refirió que uno de sus defectos es la agresividad que presenta hacia su madre y hermano. También comentó que el CISAME les ha dicho desde que ingresaron a dicha institución, que no esperen ninguna reacción emocional de sus hijos, que “ sus impulsos son instantáneos y que al ver una tragedia se alegran.”

Saúl en algunas sesiones llegó a decir que él quería “ ser muy, muy rico,” además de que si yo llevaba mi computadora, me preguntaba sobre el precio, o también quería saber si tenía o no coche y cuánto me había costado. Por ende, la situación económica de su familia, y así el ambiente que podía existir debido a esto, sí afectó a Saúl.

Desde que conocí a Saúl, estuvo becado por la SEP y por el Gobierno del D.F. por sus altas calificaciones. En algunas sesiones él me comentó que su mamá “ a veces” llegó a “quitarle” el dinero de su beca, situación que lo hizo sentirse enojado. Asimismo, su tía muchas veces lo ha apoyado, por ejemplo en comprarle una mochila, tenis, cuadernos para dibujar, o un celular.

La madre describió a Saúl como: “muy estudioso, muy limpio, muy aferrado y egoísta con su hermano”, por ejemplo “no le presta sus cosas y dice es *mío*.” Refirió que Saúl cambió ya que antes “era igual que Ulises, desobediente, maldoso, distraído, cortaba las mochilas.” Comentó que si Saúl no se toma el medicamento “aplaude, hace como un chillido, habla delante de un espejo.”

La madre narró que desde que Saúl era pequeño, era exigente y desde siempre ha querido hacer a un lado a su hermano Ulises. Expresó que desde que ella recuerda, Saúl siempre los ha retado. También refirió que su hijo es “muy autoritario”(sic. madre) y que exige todo lo que quiere. Comentó que Saúl “se golpea solito si su papá le quita algo y se lo da a Ulises.”

Por otra parte, comentó que cuando se enoja con Saúl, le ha llegado a decir :“yo ya estoy vieja, ya estoy grande, ya me voy a morir, el día en que no me tengas vas a ver.” Refirió que si ella se enferma “se me suben encima y me acarician, así medio raro Dra., algo así como de novios.”

La madre comentó que la rutina que tienen es “variable”, ella casi no está en su casa porque es muy fría y se van todos al trabajo de su esposo.

En cuanto a las reglas el padre refirió lo siguiente: ” No ponemos reglas, bueno ahora intento que sí” (sic. Padre). Describió que pueden estar en la casa “con los platos sucios y no les importa, les da lo mismo cómo comer.”(Sic, Padre).

La madre refirió que en su casa “no ha habido límites y ya nos tomaron la medida”, y que quizás esto sea uno de los motivos por lo que Saúl sea como es. Recordó que estuvieron en Escuela de Padres y que les enseñaron “con palomitas, con cuadros, con lo que ellos hacen.”

También dijo “ de nosotros viene que Saúl sea agresivo, contestón, que diga grosería, a veces yo también hago eso.” Asimismo, expresó” es que necesitan atención, ¿ pero qué voy a hacer?, es difícil cambiar.”

HISTORIA FAMILIAR

Saúl proviene de una familia reconstruida con un nivel socioeconómico y bajo. Del lado de su madre, tiene 5 medios hermanos y del lado de su padre 4 medios hermanos, tanto Saúl como sus padres refirieron que con quien convive más es con los medios hermanos del lado de su madre, todos trabajan o han trabajado en el Hospital Militar.

Actualmente, ya que antes eran católicos, pertenecen a la religión de Testigos de Jehová en donde ocasionalmente asisten a leer la Biblia.

Los padres refirieron que disfrutaban escuchar música clásica cuando están en el coche, y el padre comentó que cuando puede le gusta comprar discos de música clásica.

El padre, como ya dije es sastre y en varias de las entrevistas refirió que la “situación económica estaba difícil.. hay momentos en que gano muy poco.”

La madre actualmente no cuenta con un trabajo estable, aunque en ocasiones vende productos de Avon. Durante las entrevistas refirió que asistía con un psiquiatra del CISAME quien le administraba Paxil, dijo sentirse “ tranquila pero con ganas de llorar.” Comentó que desde siempre ha tenido “estas ganas de llorar” pero que se “agudizó” con la muerte de su padre(debido a un infarto) hace seis años, de quien dijo que ella “lo seguía mucho, mucho más que a mi mamá.”

Es la mayor de nueve hermanos, que se llevan entre ellos en promedio de uno o dos años entre cada uno de ellos. En la quinta entrevista, recordó que ella le dio pecho a una de sus hermanas, ya que a su vez ella estaba amamantando a su

primer hijo. Expresó que vivió mucha violencia en su casa, que su padre era alcohólico y recuerda que a los 11 ó 12 años se “deprimió” por la situación económica que vivía su familia. Explicó: que se “pone mal ante cualquier agresión, como las de mi esposo.” Describió a éste como “agresivo desde que lo conozco, más en lo verbal, cambia mucho de actitud, luego no sé cómo se comportará.”

Ulises actualmente cursa el Segundo año de la Secundaria, y de acuerdo al discurso de los padres, presenta bajo desempeño escolar, mal comportamiento, y en el último semestre presentó conductas de robo tanto a personas cercanas como a desconocidos.

Ulises también acudió al servicio de Psiquiatría y Psicología del CISAME por problemas de conducta y desobediencia. Hace unos años fue enviado al Hospital Navarro donde le administraron “inyecciones” de haloperidol, debido a la ansiedad que presentaba. La madre generalmente se ha referido a él como “más desviado que Saúl”, con menos inteligencia, “con más problemas.” El padre ha comentado que Ulises ha robado cosas, y que, junto con Saúl “hacen más travesuras y maldades”.

La tía y prima paterna de Saúl son dos personas muy importantes para él. La tía tiene 57 años y actualmente vive de su jubilación de una institución pública, y su prima de casi 30 años, es Diseñadora Gráfica y tiene su propia empresa. Pertenecen a un nivel socioeconómico medio y también son Testigos de Jehová.

En lo que respecta a la relación de Saúl con los miembros de su familia, el padre de Saúl describió la relación con éste diciendo que todo el tiempo lo abraza, y que a veces, se quiere ir a dormir con él, ante lo cual él le responde que “no, cada quien tiene su espacio” (sic. Padre). Por otra parte, refirió que Saúl a veces no le hace caso, “... me mide, a ver que tan enojado me pongo.”

Dijo que es agresivo “sólo con su madre y su hermano”(sic. Padre), además de que comentó que a veces hay envidia entre ellos. Asimismo, comentó que si Saúl siente agresión “ se va para desahogarse” y relató un suceso en que se enojaron y Saúl se fue “ caminando solito a Tepito.”

En cuanto a su esposa dijo “ Saúl a mi esposa ni le obedece, es que es frágil de carácter, no los regaña cuando la ofenden”. La madre refirió que hace 4 años sí le pegó a Saúl: “ ... estaba muy loca, explotaba y le pegué con un alambre y le decía cosas feas.”

En su discurso percibí confusión, en el sentido de que cambió de decir que los dos hijos” se salían de los límites” a expresar que “ eran dóciles”. Además comentó que les “ grita feo si no hacen nada” y que Saúl y Ulises le dicen “ te vamos a acusar para que te metan al bote.” Inmediatamente expresó: “ me abrazan, me besan, y es diferente con su mamá que la tratan mal, le dicen gorda fea, aunque ella dice que yo los rechazo.”

En lo que respecta a la relación de Saúl con Ulises ambos padres la describieron como violenta y agresiva y dijeron que Saúl “ se contagia de cosas de su hermano,” y que cuando da “ lata es por culpa de Ulises.” El padre refirió que observa envidia en los dos hermanos.

Saúl ha descrito situaciones en que entre los dos se han aventado cáscaras de plátano, piedras, se han golpeado, “ desde los dos años.” Dijo que en pocas ocasiones se “han llevado bien, como en un cumpleaños de Ulises en que le eché sal al pastel y me dio risa.” Después agregó “ es que luego todos salimos peleando, Ulises conmigo, mi mamá con mi papá, mi mamá conmigo y así.”

En cuanto a la relación con su esposo, la madre refiere que Saúl los quiere ver unidos, que pelean seguido, y sobre todo, en casi todas las entrevistas ella decía que “ él era violento, que no la apoya.” Dijo que se preocupaba por él ya que trabaja mucho, “lo veo cansado y enfermo.”

La relación de Saúl con su tía y prima paterna es muy cercana, el padre refirió que lo quieren mucho, ya que a veces éste le dice “mamá” a su prima y tía. El padre comentó que ellas en ocasiones los critican a su esposa y a él, diciéndoles que “ son unos ineptos, que no tienen la capacidad para conducir.”

La manera en que han manejado la agresión ha sido de una forma descontrolada y al parecer sin ninguna contención. Los padres refirieron que sí les llegaron a pegar a sus hijos, por ejemplo con un cable, cinturón, o con golpes, pero los hijos también les han llegado a golpear a ellos.

La expresión del amor y de la ternura, considero, que en el caso de los padres, ha estado de alguna manera condicionada, por el hecho de que sus hijos “ estén bien portados, tranquilos”. Por ejemplo, el padre, en alguna de las entrevistas, refirió que disfrutó mucho un momento con sus hijos en que “ iban muy tranquilos en el coche, escuchando a Mozart.” La madre recordó como un “buen momento”, un día que se puso a leerles un cuento a Saúl y a Ulises y “ estaban muy tranquilos, Dra. muy dóciles.”

Por otra parte, tanto la madre como el padre de Saúl, describieron que éste en ocasiones “los abraza mucho” o que “ se les pega mucho”, y percibí cierto rechazo en su relato.

En el caso de Saúl, éste ha expresado la agresión mediante la burla, los insultos, pero también por medio de los golpes, tanto hacia su hermano como hacia sus padres. La manera en que ha expresado el amor y la ternura hacia su madre,

con base a lo referido en algunas sesiones, ha sido “portándose bien”, invitándola al cine, e inclusive en una sesión dijo “ me sacrificaría tanto por ella, que me corten la cabeza.” En cuanto a su padre, Saúl también llegó a decir que “ se iba a portar bien por su papá”, y relató que en una ocasión “ la pasó muy bien escuchando música con él.” En lo que respecta a su hermano, en una sesión refirió que “él había defendido a Ulises porque no le gustaba que lo molestaran”, y durante el 2008, comentó que se estaban “ llevaban mejor” y en una sesión lo invitó para enseñarle sus dibujos.

En lo que refiere a la actitud que esta familia ha tenido frente a la sexualidad, considero que, aunque los padres refieren que le han hablado “con la verdad” sobre ésta, la manera, el tono, el clima de su discurso, sobre todo el de la madre, en ocasiones me hizo sentir confusión, asco, e hipoteticé que en ocasiones el ambiente familiar estuvo hipersexualizado y sin límites claros. Por ejemplo, en una de las entrevistas la madre comentó :“ Saúl me quiere agarrar, como su novia, se me pega como un acto sexual.” Dijo que ante esta conducta ella lo retira, y a veces él la “lame como un perro.”

También explicó que sus hijos le piden ayuda para que les lleve el balde de agua y les eche agua en la espalda, aunque su esposo le ha dicho que ya no lo haga, y dijo “ no hay morbo, es natural que les eche agua”. Asimismo, refirió que hace un año ella se seguía desvistiendo enfrente de ellos.

Saúl duerme en el mismo cuarto de Ulises y durmieron en la misma cama hasta los 8 años de edad. Asimismo, la madre refirió que cuando Saúl tenía como cinco años dormían los cuatro en la misma cama:” era difícil acostarlos en su propia cama.” También recordó que muchas veces su esposo “ buscaba dormirse con sus hijos,” y que ella entonces dormía en la cama de sus hijos.

Por lo tanto, el clima emocional del ambiente familiar nuclear, a partir de lo referido tanto por Saúl, como su madre y padre, ha estado cargado de violencia tanto física como verbal, por ejemplo de insultos(de los hijos a la madre o al padre, de los padres a los hijos), de burla, de desprecio, pero también de golpes, de enojo y de desesperación(pienso en cómo el padre en algunas entrevistas dijo “ me desespera el desorden, es mejor estar en orden, y no como en mi casa, que luego está todo tirado, sucio.”). Asimismo el clima ha estado marcado por la confusión, la inestabilidad y la inconsistencia, tanto en la expresión de la agresión, pero también en la expresión del afecto, del amor, de la ternura.

HISTORIA INSTITUCIONAL

Durante el 2000.. .

Saúl es referido en Octubre del 2000(tenía 5 años, 2 meses) al servicio de Paido I, por el servicio de adultos del CISAME al que acudía su madre, por problemas de conducta, inquietud, hiperactividad, agresión física y verbal con “todos”, desobediencia, dificultad para medir el peligro, piromanía, y reportes escolares.

La madre fue referida a “ Escuela de Padres”, como parte del procedimiento Institucional, recibieron la visita de una Trabajadora Social quien refirió que “no existían normas ni límites bien definidos en el hogar.”

En los resultados del electroencefalograma de Saúl de ese mismo año, observaron datos de inmadurez, y describieron la presencia de irritabilidad, impulsividad, agresión, atención dispersa, por lo que se le diagnosticó con “Trastorno Disocial Hiperquinético”. La psiquiatra describió a la madre como “deprimida, ausente y con poco control de impulsos”

Durante el 2001

En el 2001, la psiquiatra encargada de Saúl, solicitó que el servicio de Análisis Conductual aplicara tratamiento dirigido en la atención, la agresión, la ejecución de órdenes, la hiperquinesia y la dificultad para relacionarse. Es importante señalar que describió a Ulises como :“hermano con padecimiento igual”, además de que refirió que los dos hermanos se unían contra la madre para “descalificarla y desobedecerla.”

El servicio de Análisis Conductual comentó que aún persistía la conducta disruptiva, la agresión física entre hermanos, “las peleas por cualquier cosa”, la dificultad para implementar los límites, además de la agresión entre la madre y los hijos; por lo que el plan a seguir en ese período fue atención individual para Saúl, y atención familiar en grupo, debido a la “ dinámica familiar patológica y el ambiente donde se desarrollaba Saúl.”

Los padres a su vez fueron enviados a Terapia de Grupo , y en cuanto a algunos de los reportes de dicho servicio se encuentran que la madre siempre “estallaba en llanto, y que los demás padres le tenían que brindar contención.”

Durante el 2002. . .

En el 2002, la Psiquiatra encargada de Saúl refirió que había buen control de la agresión y del negativismo y que se continuaría con el plan conductual. La Psiquiatra describió al padre como “poco participativo”, además comentó que durante la entrevista con Saúl, si se establecían los límites firmemente, éste sí los respetaba. Le administró los siguientes fármacos: 200 mg. de Valproato de Magnesio(Atemperator), y como plan sugirió que la madre recibiera orientación, citar a los padres de Saúl, y continuar con el Análisis Conductual.

El servicio de Análisis Conductual refirió que el avance de los padres era lento y que la madre era inconstante. Comentó que Saúl estaba enojado con la madre y

confundido por las agresiones del padre. Asimismo, que éste buscaba la aprobación por parte de la madre, y que si no lo lograba se “sentía rechazado y agredido.”

A mediados de ese año la Psiquiatra y el servicio de Análisis Conductual reportaron que Saúl se comenzaba a golpear, lastimándose los nudillos. En Octubre de ese año la Psiquiatra le administró 1mg. de tableta de Risperidona(Risperdal). También con los padres trabajaron un “proceso conductual de técnicas” que aplicarían en casa enfocado en las reglas y los límites, del cual reportaron que “seguían con sus viejos hábitos.”

En este período la Psiquiatra y la Psicóloga reportaron que Saúl se dejó de autoagredir y que se encontraba “más tranquilo”. La evaluación que dieron del Tratamiento fue que se enfocó en dos fases, siendo la primera el entrenamiento de límites con programas de seguimiento de instrucciones, así como enfocado en la disminución de la agresión y los berrinches. La segunda fase se enfocó en la atención individual debido a la ansiedad y la autogresión. Dieron por concluidas los tratamientos psicológicos y se recomendó a la madre “por los pocos avances” que ésta fuera al Hospital Psiquiátrico Juan Navarro debido a su agresión hacia los niños.

Durante el 2003. . .

En el 2003, la Psiquiatra reporta “escasas respuestas obtenidas”, y describe a Saúl con coprolalia: “no obedece, insulta, pega, se queja,” aunque sí hubieron avances en la atención. Refirió que en los dibujos de Saúl habían “palabras soeces”. Continuó con Risperidona (Risperdal) y Valproato de Magnesio (Atemperador).

En julio de 2003, el servicio de Psiquiatría envía a los padres a Terapia de Pareja y de Familia, y a Saúl al servicio de Psicología con otro psicólogo(

enfaticando en que sería un manejo conjunto con los padres), en donde se trabajó sobre la “reestructuración de la personalidad y conducta manifiesta”, y la crianza.

Otros de los síntomas que aparecieron en esa época fue que Saúl no medía el peligro, “se aventó de la azotea”, y a nivel familiar el padre se enojaba mucho, y la madre tenía miedo de enfermarse, además de que el psicólogo comentó que la observaba deprimida y con un trastorno psicoafectivo. Volvieron a referir que había “un mal manejo de los límites.” Es importante decir que el psicólogo comentó que Saúl en terapia sí acataba indicaciones, límites y era organizado. El servicio de Psiquiatría reportó mejoría en el rendimiento escolar, y que Saúl sí obedecía si uno era “firme y afectuoso.”

En el servicio de Psiquiatría (septiembre 2003), se le siguió diagnosticando como coprolálico, que no medía las consecuencias de los actos y apareció un nuevo síntoma que fue que presentaba soliloquios, y que “platicaba con un amigo que le decía que hiciera travesuras”, por lo que se le administró Melleril de 10 mg. debido a las “pseudolucinaciones y soliloquios.”

En noviembre del 2003 se tuvo una junta(con la asistencia de Psiquiatras y Psicólogos) para “replantear el curso de Saúl” y de su familia debido a que ésta ya llevaba un año en Terapia Familiar con irregular asistencia. Asimismo, esta irregularidad era observada en los servicios de Psiquiatría y Psicología por lo que decidieron continuar dando el servicio “pero con vigilancia”.

En este período la Psiquiatra encargada siguió describiendo a Saúl como impulsivo y agresivo aunque refirió que “se controlaba con el dibujo.”

En diciembre del 2003 el Psicólogo encargado describe mejoría en la conducta, aunque refirió que seguiría trabajando sobre los límites, la tolerancia a la frustración, y sobre el vínculo de Saúl con sus padres.

Durante el 2004. . .

En el 2004, el Psicólogo comentó que Saúl no tenía ganas de trabajar y que “se salió del consultorio”, además de que lo describió como desafiante, agresivo ante la autoridad. La madre refirió que seguía “muy desobediente, retador y devaluador”(le decía a la madre “eres una sirvienta.”).

En febrero del 2004 el Psicólogo lo describe como “más tranquilo”, hipersensible y con poca tolerancia hacia la autoridad; además de que refirió que no presentaba conductas disociales, aunque el entorno familiar era hostil. Refirió que la madre en alguna ocasión le pegó a Saúl con un cable.

En marzo de ese año el Psicólogo lo siguió describiendo como tranquilo, con “mejoría”, contento, participativo y refirió que las peleas con su hermano había disminuido. La Psiquiatra encargada describió mejoría sobre todo en los síntomas conductuales tales como las conductas disruptivas, la coprolalia, la trasgresión de los límites, la desobediencia. De los padres comentó que habían pocos avances a pesar de que estuvieron en Terapia Familiar y de Pareja. Continuó con la administración de la Risperidona y se envió a Saúl al servicio de Paido II con otra Psiquiatra y Psicólogo o Psicóloga.

La familia no acudió a su cita en noviembre del 2004, y de ahí al 2006 no encontré notas ni del servicio de Psiquiatría ni de Psicología hasta que en octubre del 2006 la Psiquiatra encargada me solicita que le aplique pruebas proyectivas con el fin de valorar el área emocional.

Por ende, me enfrenté ante un paciente y una familia con una larga historia en el CISAME, y de alguna forma bastante “manoseados” por los distintos servicios. Me di cuenta que recibió un tipo de atención discontinua, con interrupciones, enfocada en los síntomas y en las conductas, que aunque no fueron totalmente

exitosos, sí disminuyeron su intensidad (conductas disruptivas, la coprolalia, la trasgresión de los límites, la desobediencia).

Me parece ilustrativo enlistar los síntomas que presentó Saúl desde que ingresó al CISAME (octubre 2000) hasta el 2004:

- problemas de conducta
- inquietud
- hiperactividad
- agresión física y verbal con “todos”
- desobediencia
- dificultad para medir el peligro
- piromanía
- reportes escolares: , atención dispersa, desatención, mala conducta
- irritabilidad
- dificultad para relacionarse
- ante el rechazo: se siente agredido
- autoagresiones: se lastimaba los nudillos
- berrinches
- ansiedad
- coprolalia
- soliloquios
- pseudoalucinaciones
- baja tolerancia a la frustración

Considero que esta larga lista muestra conflictos, dificultades concernientes al control de impulsos, con la ansiedad, con la agresión; con su mundo externo e interno, ya que no sólo es que agredía a los demás sino que también a si mismo, no

sólo es que hiciera berrinches o se mostrara irritable, sino que también había una intensa ansiedad, tanta, que me parece que fue una de las razones en que presentara pseudoalucinaciones, y soliloquios.

Es importante hacer notar que tanto del área de psicología como del de psiquiatría, refirieron que Saúl sí acataba órdenes si una era firme, o que estaba tranquilo dibujando, situaciones que durante el tiempo que lo conocí también manifestó.

Al conocer a Saúl, también observé síntomas de: ansiedad, inquietud, agresión física y verbal, sobre todo con su madre y hermano; desobediencia; autoagresiones; búsqueda de aprobación; baja tolerancia a la frustración, y la presencia de pseudoalucinaciones. Coincidió con el psicólogo y psiquiatra que se tranquilizaba al dibujar y que si uno era firme y constante, generalmente acataba las reglas.

Capítulo III. Marco Teórico

En este capítulo desarrollo dos temas que a su vez se van subdividiendo. El primero de ellos es acerca de los aspectos teóricos sobre los estados fronterizos y el segundo es sobre el modelo psicoterapéutico y las teorías en que me basé para construir la estrategia psicoterapéutica.

ASPECTOS TEÓRICOS SOBRE LOS ESTADOS FRONTERIZOS

“Diversos tipos de fronteras encontramos en la naturaleza: líneas o superficies, con o sin circulación a través de la frontera, o una membrana osmótica que facilita la comunicación, con una selección adecuada de lo que se deja pasar o se deja afuera o, en caso de perturbación, de lo que hay que rechazar, lo que es molesto adentro; y por fin, una división borrosa en ciertos estados de intersección, una frontera que semeja al encuentro de dos nubes.”(Green, 2001, p.92)

Antecedentes

Estructura borderline de la personalidad, síndrome limítrofe, patología borderline, patología fronteriza, caso fronterizo, estado fronterizo, organización fronteriza... Conceptos que dentro del enfoque psicoanalítico han tenido un abordaje distinto, sin embargo, sí hay concordancias entre las distintas escuelas. Paz et. al (1976) señalan que existen numerosos términos a menudo empleados en un sentido parecido como parapsicosis, *borderline*, caso fronterizo, límites, atípicos, y consideran que esta confusión se debe en parte a la dificultad de cercar una realidad clínica que es extremadamente polimorfa, que no entra ni en el cuadro de la neurosis, ni en los trastornos del carácter, ni en las psicosis, pero que a la vez se parecen.

Por consiguiente, es importante tener en cuenta que ha sido un tema estudiado desde distintas perspectivas teóricas, y para efectos del presente reporte, trabajaré los autores y las teorías en las que me he basado para justificar el modelo de intervención para este caso, sabiendo que dejo a un lado otras posturas teóricas, pero incluyo lo que me ayudó a comprender, analizar y pensar el caso de Saúl.

Asimismo, me doy cuenta que fue a partir del motivo de consulta de los padres, que mi reflexión se dirigió hacia lo intrapsíquico e intersubjetivo, con mucho interés en conocer cómo funcionaba el aparato psíquico de Saúl, en entender su sufrimiento, desde una actitud empática y contenedora, al mismo tiempo que teórica-clínica. Me parece importante decir que primero conocí a Saúl y poco a poco fui leyendo sobre este tema, y estos autores fueron los que me permitieron vincular lo que veía, sentía, pensaba, hipotetizaba y hasta intuía, con un cuerpo teórico, el cual fungió como mi propia base y sostén.

A lo largo de las diferentes lecturas, encontré que cada autor al teorizar sobre este tipo de pacientes, utilizan los siguientes términos: límite, limítrofe, *borderline*, fronterizo, por lo que me parece pertinente hablar sobre lo fronterizo desde Green (2001), ya que considero que este autor pone de manifiesto la problemática de las fronteras, de los límites, aspecto que considero se presenta no sólo en la reflexión de cada uno de los autores, sino que también en la clínica, y por ende, en el caso que presento.

De manera general, el concepto de “fronterizo” se refiere a una frontera que es móvil y fluctuante, tanto en la normalidad como en la afección grave y, es importante, según Green (2001), concebirlo en función de procesos de transformación de energía y de simbolización. En otro texto (2000), este mismo autor, plantea que concibe al límite, la frontera como un: “ concepto fronterizo, concepto en el límite entre lo psíquico y lo somático, concepto de lo que está en el límite de lo conceptualizable ”(p.349).

Asimismo, basándose en la segunda tópica de Freud, define a los límites como zonas de elaboración psíquica, en donde los límites del yo entran de manera automática en juego con respecto a las otras dos instancias, el ello y el superyó;

también que son zonas de elaboración intrapsíquicas e intersubjetivas entre el aparato psíquico y el objeto.

Por otra parte, André (2000) señala que la problemática fronteriza está inmersa en una vacilación acerca de si se trata de una nueva entidad nosográfica o si se habla de las fronteras de lo analizable. Uno de los indicios de la dificultad es la magnitud del espectro de los fenómenos fronterizos. Asimismo, comenta que resulta más fácil decir que los estados fronterizos no se dejan asimilar ni a la neurosis ni a la psicosis que delimitar positivamente lo que son.

Bergeret (2001) señala que el “ tronco común de los estados límites”, es el bloqueo de la madurez afectiva del Yo en el momento en que no está diferenciada sexualmente. Este tronco común sólo puede permanecer en una situación “acondicionada”, pero no fijada. Se trata de una organización de categoría provisoria, aún cuando este acondicionamiento pueda prolongarse durante mucho tiempo sin demasiadas modificaciones.

Explica que este tronco común no puede ser considerado como una estructura, ya que no posee fijeza, solidez, ni la especificidad de las organizaciones verdaderamente estructuradas. Se trata de un esfuerzo costoso del Yo, que necesita poner continuamente en juego *contrainversiones* o *formaciones reaccionales* costosas cuyo objetivo consiste en permanecer a igual distancia de las dos grandes estructuras, una de las cuales ha sido superada (estructura psicótica) y la otra no alcanzada (neurótica) por la evolución pulsional y adaptativa del sujeto.

Chabert (2000), plantea que una de las definiciones clásicas de los funcionamientos fronterizos hace hincapié en la asociación y la yuxtaposición de conductas neuróticas y conductas psicóticas, con una distribución variada de esas modalidades según los sujetos, por ende, en unos domina el recurso a defensas

neuróticas, asociadas a una problemática del orden de la castración, y los aspectos más psicóticos aparecen puntualmente movilizados por la reactivación de movimientos arcaicos; en otros prevalece la inhibición, regularmente “agujerada”, sin embargo, por emergencias en procesos primarios dentro de contextos en que el clivaje constituye el procedimiento defensivo esencial.

Esta autora señala que es más constructivo poner de manifiesto las problemáticas esenciales que constituyen a estos funcionamientos, así como los mecanismos de defensa que permiten su expresión, que buscar la parte de neurosis y la parte de psicosis.

Winnicott (2005), concibe a los casos fronterizos como aquellos en el cual el núcleo de la perturbación del paciente es psicótico, pero este posee una suficiente organización psiconeurótica, siempre capaz de presentar alteraciones psiconeuróticas o psicósomas cuando la ansiedad psicótica central amenaza con irrumpir.

Según Panceira (1999), en el paciente fronterizo hallamos un falso self con diferentes facetas, que se ponen en juego independientemente las unas de las otras, alternando su actualización según en cuál de ellos esté centrado el foco de la conciencia en ese momento.

Explica que esto es el resultado de la introyección masiva del medio ambiente materno patológico como una defensa extrema, con el fin de enfrentar la angustia inimaginable que es generada por el derrumbe precoz del vínculo de la madre con su hijo.

Señala que el self de los pacientes fronterizos está constituido por múltiples fragmentos que de manera alternativa asumen el control de la persona y de la conducta, teniendo ésta un tono de caos e imprevisibilidad. Entre otras de las

características, comenta que cuentan con una escasísima organización temporal, teñida de urgencia y de ansiedad, así como del uso de la identificación proyectiva.

André (2000), explica que los elementos que aparecen como constantes del registro fronterizo son la posición clave de la madre y el papel decisivo del ambiente precoz, así como una respuesta privilegiada a través del acto de lo que la psique no puede elaborar simbólicamente.

Según Green (2001) la especificidad del fronterizo estriba en que la escisión se desarrolla en dos niveles: escisión entre lo psíquico y lo no psíquico(soma y mundo exterior) y escisión dentro de la esfera psíquica. La escisión entre el adentro y el afuera está determinada por la constitución de un contenedor yoico, y un sostén o envoltura del yo, cuyos límites están bien delineados pero no funcionan como cáscara protectora. “En realidad, las fronteras del yo son en buena medida elásticas”(p.113). Esta envoltura yoica, protege al yo vulnerable, que es rígido, a la vez que carece de cohesión

Green (2001) dice que “el discurso del fronterizo no es una cadena de palabras, representaciones o afectos sino más bien-como un collar de perlas que no tuviera cuerda- de palabras, representaciones y afectos contiguos en el tiempo y el espacio pero no en su sentido”(p.114). De esta manera refiere Green que toca al observador establecer con su propio aparato psíquico los nexos que faltan.

Este mismo autor (2000) señala que la concepción del objeto es muy complicada, porque hay un objeto que está en el yo y también hay uno que es exterior a él. Según él, lo que marca al objeto en los borderline son dos tipos de angustias, por un lado de separación¹ y por el otro las de intrusión². Explica que con

¹ Según el DSMIV(2002) la angustia de separación es la ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, concerniente a su separación respecto del hogar o de las personas con quienes está vinculado. Green(1999) explica que abandonar la díada primitiva madre-hijo y llegar al yo unificado implica la angustia de separación.

base al estudio de sus pacientes fronterizos, ha visto que o bien existe en ellos una extraordinaria porosidad, o por otra parte, una extrema sensibilidad a la intrusión (ver dibujos de los apéndices, en donde también podemos observar esta porosidad).

Green (2001) comenta que los pacientes fronterizos cuentan con una ambivalencia extrema así como con una gran intolerancia hacia ella, además de que sus sentimientos de culpa inconsciente reflejan su repudio a sentirse culpables y una idealización extrema de la imagen que tienen de sí mismos. También explica que el intento de separar lo bueno de lo malo, lo placentero de lo displacentero, y la obligación de alcanzar una separación en lugar de generar la diferencia entre self y objeto(adentro y afuera, somático y psíquico, fantasía y realidad, bueno y malo) dan lugar a una escisión en los fronterizos.

Panceira (1999) refiere que cuando analizamos a un paciente borderline, es importante que tengamos en cuenta que su estructura personal está siempre amenazada, y que su precaria adaptación, que depende del sostén casi siempre insuficiente que el medio le proporciona, estará siempre en cuestión, razones por las cuales, aun en los momentos en que funciona en un nivel cuasi normal, está al filo de la experiencia de una angustia inimaginable.

Laplanche (2000) concibe a la angustia como la desorganización del afecto, o incluso, como el afecto más elemental, más primordial, más cercano a una excitación y que se descarga de manera no específica. Asimismo, para él será el producto del yo librado a la pulsión, desbordado por ella, por ende, el yo librado al

² Chabert(2000) explica que es cuando proximidad puede tornarse una fuente de confusión por la atracción y dependencia que implica, lo cual lleva a movimientos pulsionales odiosos. En el nivel manifiesto, los objetos son rechazados, maltratados, descalificados; pero a nivel latente, esa negatividad se entiende como una medida de protección narcisista con respecto al miedo al abandono. De ahí que Green(2000) hable del par angustia de separación-angustia de intrusión.

ataque interno-externo, y así explica” algo que se puede imaginar como implantado en la corteza, de lo cual no se puede huir y que el yo deberá, mal que bien, asumir”(p.16).

Klein (1974) en “Notas sobre algunos mecanismos esquizoides,” escrito en 1946, sostiene que la angustia surge de la actuación del instinto de muerte dentro del organismo, y que es sentida como temor a la aniquilación(muerte) y toma la forma de temor a la persecución. El temor al impulso destructivo parece que está ligado a un objeto y que es vivido como temor a un “abrumador objeto incontrolable” (p.256). La necesidad de hacer frente a la ansiedad lleva al yo temprano a desarrollar mecanismos y defensas fundamentales.

Asimismo dice que otras fuentes importantes de ansiedad primaria son el trauma de nacimiento(ansiedad de separación) y la frustración de las necesidades corporales, las cuales son experiencias que se sienten desde un principio, como provocadas por objetos. Aunque estos objetos sean sentidos como externos, se transforman, por introyección, en perseguidores internos, reforzando de esta forma el temor a los impulsos destructivos internos.

Sostiene que las ansiedades psicóticas, los mecanismos y las defensas del yo en la infancia, tienen una profunda influencia en todos los aspectos del desarrollo, incluyendo el desarrollo del yo, superyó y relaciones del objeto.

Además, sugirió que la relación con el primer objeto implica su introyección y de esta manera, desde un inicio, las relaciones de objeto son modeladas por la interacción entre introyección y proyección, entre objetos y situaciones internas y externas.

Habla de varias defensas típicas del yo precoz, como los mecanismos de escisión del objeto y de los impulsos, la idealización, la negación de la realidad

interior y exterior, y el ahogo de las emociones. También menciona varios contenidos de la ansiedad, incluyendo el miedo de ser envenenado y devorado. A este período temprano, primero le llamó “ fase persecutoria” y luego “posición esquizoparanoide.”

Green (2001) explica que el modelo implícito de la neurosis nos remite a la angustia de castración y el de los estados fronterizos nos remite a la contradicción formada por el par angustia de separación-angustia de intrusión.

Chabert (2000), relaciona la angustia de separación con la depresiva, en donde señala, la problemática de la pérdida de objeto, central en este tipo de pacientes, es un núcleo del enquistamiento del dolor, en donde pueden encontrar en la utilización de la realidad externa estrategias defensivas desesperadas y costosas, movilizadas para luchar contra estas.

El mundo exterior se postula como tal, no puede modificarse y la irreductibilidad de las percepciones exteriores se utiliza como una barrera hermética que mantiene a distancia los estados subjetivos, y entre ellos los afectos, y entre éstos el desamparo(como sinónimos: abandono, descuido, desatención, soledad, orfandad, rechazo),a fin de que el otro no los perciba: no puede mostrarse porque la investidura misma de la subjetividad, obstaculizada por la dependencia, es precaria y amenazante.

Estados fronterizos en niños

A lo largo de la lectura de varios texto (Paz, et. al.1976, Kernberg, Weiner, Bardenstein, 2002) observé una coincidencia en los autores en que hay dificultades en la práctica para llegar a este diagnóstico, y entre algunas de las explicaciones se encuentra que hay personas que no visualizan al diagnóstico como una entidad en y

por sí misma, considerando al término de *borderline* como vago e impreciso; otra de las explicaciones son que la observación de estos niños puede confundir por presentar un “ cuadro caleidoscópico” (p.258) al mostrar rasgos pertenecientes a otra categorías diagnósticas.

Por ende, dada esta posible confusión y presencia del cuadro caleidoscópico al que refieren, en este apartado expondré de manera general sobre las principales características que comprenden a los estado límites, basándome sobre todo en Paz et. al (1976), ya que dentro de mi búsqueda bibliográfica no encontré muchos libros que hablaran sobre los estados límites o fronterizos en niños.

Paz et al. (1976) refieren que en un primer momento resulta difícil diferenciar entre el niño autista, el psicótico y el *borderline*, pero explican que la rápida reintegración y el placer por el contacto que es capaz de hacer el niño fronterizo lo diferencia de la resistencia psicótica al cambio y de fuertes sentimiento negativos que manifiestan los niños cuando empiezan a superar una psicosis autista. Señalan también que el uso de lenguaje que conduce al funcionamiento del proceso secundario y la capacidad de tolerar sentimientos de ansiedad constituyen la principal diferencia entre psicosis y estados fronterizos.

Otra diferencia fundamental de la que hablan estos autores, recae en el tipo de ansiedad predominante y el papel que ésta desempeña. Mientras que en las neurosis predomina la ansiedad de castración, en los cuadros fronterizos los niños se sienten permanentemente torturados por la ansiedad de desintegración y de separación. Los niños psicóticos padecen el mismo tipo de ansiedad, pero la diferencia es que en ésta invade la prueba de realidad y a menudo disuelve la estructura.

Algunos de los elementos para tomar en cuenta en el diagnóstico son, desde el punto de vista emocional (Paz et. al., 1976) el predominio de sentimientos de irritación y enojo desde los primeros meses de vida, y estos se agudizan hasta dar origen a fuertes explosiones de violencia frente a situaciones de separación o cuando se enfrenta con mínimas frustraciones.

Otros son la falta de base sólida en la formación de su identidad; problemas de límite entre el ello el yo, y entre el self y el mundo objetal; dudoso desarrollo de la constancia libidinal de objeto; falta de recursos para defenderse de la ansiedad y sentimientos de vacío.

Señalan también que existen una serie de rasgos típicos de los niños borderline: falta de predominio de una fase libidinal sobre otra, ansiedad aguda que da origen a sentimientos de pánico, pobre control de impulsos, conductas bizarras, descarga de tensión a través del aparato motor, poca diferenciación entre el self y el mundo externo y una historia de tempranas perturbaciones entre el niño y su madre.

Asimismo, mencionan que durante las explosiones de rabia, los niños pueden estar fuera de la realidad y pueden actuar como si se estuvieran defendiendo de un atacante. Explican que se comportan adecuadamente y se relacionan afectivamente cuando se sienten queridos por un adulto, pero en cuanto éste pone su interés o atención en alguien o en algo, los niños borderline se desconectan o se vuelven agresivos.

Kernberg, et.al. (2002) plantean que los niños con trastorno límite de la personalidad, no cuentan con la capacidad para internalizar la gratificación ya que no logran una constancia objetal, por ende la integración de una representación de una madre lo suficientemente buena. Por el contrario, hay un sentido alterado del sí mismo, con desconfianza y miedo a la desintegración; es importante decir que

también se incluye el sí mismo corporal, en cuanto a la presencia de angustia y el temor a la aniquilación.

Widlöcher (2000) explica que en los niños que exhiben una personalidad de tipo fronterizo, los fantasmas “crudos” y el clivaje entre buenos y malos objetos parciales y buenas y malas representaciones parciales de sí mismo, observado en los dibujos y los juegos, resultan de una falta de elaboración del autoerotismo psíquico. Por ende, las experiencias buenas y malas originadas en las relaciones reales fomentan la aparición de unos fantasmas sexuales infantiles pobres que no pueden servir como una protección eficaz contra los acontecimientos traumáticos reales.

También se ha observado que existe la incapacidad para relacionarse con los padres como pareja, y para hacer frente a la rivalidad y envidias fraternas, a menudo con manifestaciones intensas de hostilidad contra los hermanos.

Los niños con organización fronteriza no han superado el estadio que les permitiría conservar a la madre en su ausencia. Para el niño fronterizo perder a su madre o estar ausente de ella significa ser atacada y estar en peligro de aniquilación. Las fantasías provienen de todos los niveles, son sexuales y agresivas; una fantasía evoca a la otra y ellas se tornan crecientemente terroríficas y bizarras (Paz. et al.,1976).

Es importante tener en cuenta que a lo largo de la vida, todo sujeto se enfrenta a las problemáticas relacionadas con la ausencia y pérdida del objeto, y por ende a la permanencia de las representaciones de esos objetos dentro de la psique (Chabert, 2000). Esta autora, basándose en Winnicott, sostiene que en los funcionamientos fronterizos no hay seguridad de que el objeto sobreviva a los ataques del sujeto.

Asimismo, la falta de objeto produce su desaparición en el espacio psíquico ya que no puede darse ningún sentido a su ausencia, debido a que ésta no pueda originar ninguna construcción fantasmática que le posibilite asociar al dolor de la pérdida una representación que permita su elaboración.

Continuando con esta autora, pone énfasis en que la cuestión de la pérdida del otro, en las problemáticas depresivas de los funcionamientos fronterizos, estriba en que la pérdida del otro, puede llevar a la desaparición, a la pérdida de sí mismo, ya que esa pérdida del otro visible no permite que se mantenga su existencia como objeto interno dentro de la psique, garantía por eso mismo del sentimiento de la continuidad de existir.

En síntesis, los autores coinciden en los siguientes puntos como características propias de los niños fronterizos. Uno de éstos es la presencia de una intensa angustia, que puede tomar distintas formas, como es la de separación, desintegración, de temor a la aniquilación. Asimismo, esta intensa angustia o ansiedad(que en los textos lo manejan de manera indistinta) puede dar origen a sentimientos de pánico, pobre control de impulsos, tendencia a la actuación, fuertes explosiones de rabia.

Otro de los puntos en que concuerdan los autores es el que se refiere a las problemáticas relacionadas con la ausencia y pérdida del objeto, y así a la permanencia de las representaciones de esos objetos dentro de la psique, explicando que los niños fronterizos presentan dificultades en la constancia objetal, en la integración de una representación de una madre suficientemente buena, y en el hecho de poder dar un sentido a la ausencia. Por ende, hay una relación con lo

que señala André (2000) sobre los elementos constantes del registro borderline: la posición clave de la madre y el papel decisivo del ambiente precoz.

Aspectos metapsicológicos de los estados límites en niños

Bergeret (2001) explica que los autores que se han interesado por la economía de las organizaciones límites, casi siempre han insistido en la coexistencia de dos sectores operacionales del yo, uno que se mantiene en una clásica adaptación a los datos de la realidad exterior, y otro que funciona de un modo más autónomo en relación con la realidad y esencialmente fijado en las necesidades narcisistas internas, en el *anaclitismo* tranquilizador.

Por lo tanto, el yo opera sobre dos registros diferentes: por una parte un registro adaptativo en todo el campo relacional, en el que no existe ninguna amenaza para el individuo, ni en el plano narcisista ni en el plano genital; por otra parte, un registro anaclítico, desde el momento en que aparece alguna amenaza de pérdida de objeto como consecuencia de peligros que se sitúan en los planos narcisista y genital. Su objeto es vivido como perseguidor, este objeto juega el doble rol de Superyó auxiliar y de Yo auxiliar y se sitúa por tanto como interdictor y protector a la vez.

Con respecto a los aspectos estructurales, existe acuerdo en la descripción que hacen de las características yoicas, se habla de una debilidad y discontinuidad, así como de la facilidad con que es inundado por el proceso primario.

Green (2001) hace la metáfora de que los núcleos del yo pueden ser archipiélagos, que en lugar de verlos como islas rodeadas por el océano, podríamos pensar en lonjas aisladas de tierra delineadas por un espacio vacío, estas islas no tienen la posibilidad de conectarse entre ellas(observar Apéndice 3. H T P, dibujo del árbol). Por lo tanto, hay falta de cohesión, falta de unidad y sobre todo falta de

coherencia y una impresión de haces contradictorios de relaciones, así, la coexistencia de pensamientos, afectos, fantasías contradictorios con el principio de placer, el principio de realidad o de ambos.

De esta forma, la falta de integración da la impresión de una sensación de frialdad, una ausencia de vitalidad, como si esas “ islas de yoes separados(relaciones self-objeto) no llegaran a formar un ser individual”(p.113).

Por lo tanto, el yo del paciente fronterizo funciona defectuosamente, como consecuencia de tendencias constitucionales, sucesos traumáticos con perturbación de las relaciones humanas. Continúan explicando que algunas funciones del yo, como son la integración y formación de conceptos; el juicio; el planteamiento realista y la defensa contra la irrupción en la conciencia de los impulsos del ello y sus elaboraciones fantásticas, han sido severamente dañadas.

En la organización fronteriza, el rol del superyó es muy imperfecto, el Ideal del yo por el contrario se comporta como un verdadero polo en torno del cual se organiza la personalidad. Por ello, van a abordar su vida relacional con ambiciones heroicas desmesuradas de hacer las cosas bien, para conservar el amor y la presencia del objeto. La comprobación del fracaso de sus ambiciones ideales, no orientará a los sujetos límites hacia la simple modestia ni hacia la culpabilidad (línea neurótica); todo fracaso registrado con excesiva crueldad generará vergüenza o disgusto (línea narcisista) de sí mismo, que eventualmente proyectará sobre los otros (Bergeret,2001).

No quiere decir que en la personalidad límite no se encuentre ninguna adquisición edípica y superyóica, sin embargo, no desempeñan el principal papel organizativo. A las exigencias insaciabiles de los padres en el plano narcisista a

menudo contradictorias y sin contrapartida significativa se debe la falta de consistencia del Superyó.

En lo que se refiere a las relaciones objetales, Green (2001), plantea que en las personas fronterizas, existe una escisión entre los dos padres según las nociones de lo “bueno” y lo “malo”, lo “persecutorio” y lo “idealizado”; uno de los progenitores se percibe como “totalmente bueno” y el otro como “totalmente malo”.

Dentro de esta relación, el objeto parental “bueno” se percibe como débil e ineficaz, y la sobrevaloración de la idealización “bueno” no defiende de la maldad omnipotente del otro progenitor. De esta forma explica:” El miedo de que ser abandonado por el objeto parental intrusivo “malo” no lleva a otra parte que a un desierto, y de que el objeto “bueno” idealizado sea inalcanzable, demasiado distante y poco confiable, pone al paciente fronterizo en un dilema insoluble(p.116).”

Nathan (2004) señala que en general estos pacientes han sufrido en su infancia traumatismos graves y repetidos a los que respondieron con una reacción mimética, incorporando el objeto de espanto y fusionándose de manera episódica con él.

Desde un punto de vista kleiniano, cuando la posición depresiva es elaborada de manera precaria, la ambivalencia no puede integrarse adecuadamente (Chabert, 2000). La capacidad de representar un objeto total y permanente, a la vez bueno y malo, es lo que va a asegurar las ambivalencia de los sentimientos y la posibilidad de asociar el amor y el odio en una dialéctica soportable. Esta continuidad no parece presente en los funcionamientos fronterizos en donde recurren más al clivaje en las modalidades de investidura de objetos, y en cuanto a las organizaciones edípicas también recurren más al clivaje, amor a uno y odio al otro.

En lo que se refiere al odio, éste actúa en un movimiento de separación y diferenciación, por lo cual en los funcionamientos fronterizos, la amenaza de

invasión debe explicarse por medio de estrategias de diferenciación, y los movimientos pulsionales odiosos evitan el riesgo de ser invadido por el otro cuya proximidad puede volverse en fuente de confusión por la atracción y dependencia que implica.

Por lo tanto, la hostilidad hacia el otro no enmascara el amor por él, sino el temor a perderlo, lo cual resulta paradójico ya que en lo manifiesto los objetos son rechazados, maltratados, descalificados, pero en lo latente, esta negatividad se entiende como una medida de protección narcisista en relación con el miedo al abandono. También, ese odio es susceptible de volverse contra el sujeto mismo, ya sea en un movimiento masoquista o en un movimiento de tipo melancólico.

El término anaclítico (Bergeret, 2001) significa hallarse echado hacia atrás, de manera pasiva. Para el fronterizo es necesario apoyarse sobre el interlocutor, ya sea en espera pasiva mendigando satisfacciones positivas, o bien en manipulaciones mucho más agresivas.

La relación de objeto anaclítica constituye una relación de gran dependencia que sigue viviéndose y jugándose de a dos, pero de manera muy diferente a la del psicótico. En estos tipos de relaciones se manifiesta un apego particular, situando alternativamente a los integrantes de la pareja en el rol del mayor o el pequeño, del perseguidor o el perseguido.

Fédida (2000) explica que en los casos fronterizos aparecen comportamientos de clivaje y de renegación debido a los cuales la relación con la realidad y el vínculo con los otros parecen de cierta forma, ser más eclécticos que fragmentados.

El clivaje generalmente es considerado como la operación defensiva esencial de las organizaciones fronterizas de la personalidad, y según Widlöcher (2000), hay que

precisar la naturaleza de las formaciones psíquicas y cómo se efectúa su disociación.

Desde un punto de vista clínico hay acuerdo para aplicarlo en la división entre actitudes de amor y odio, y este mismo autor comenta que no es sólo una operación defensiva contra el carácter insostenible de la ambivalencia, sino que también se pone al servicio del yo porque éste no es capaz de dominar las fuerzas pulsionales ni su violencia interna, la cual se manifiesta en el conflicto intrapsíquico, y tampoco la violencia externa, expresada con el pasaje al acto. Concluye que en estas estructuras, el clivaje no es el resultado de una estrategia del yo, sino que de una fijación pulsional arcaica, “una vicisitud precoz de la libido ”(p.74, 2000).

En los funcionamientos fronterizos, la proyección está inscrita en un sistema en que prevalecen la desmentida y el clivaje o bien desbordan los límites. La tendencia a proyectar surge de la tentativa de definir con más claridad al sujeto y al otro, tentativas a veces fallidas por el “desmenuzamiento” de los límites entre el adentro/afuera y la confusión que surge de esto (Chabert, 2000).

Paz et al. (1976), hicieron referencia de una investigación con niños fronterizos en donde llegaron a las conclusiones de que el estado básico del yo en estos casos es una fluctuación constante entre una modalidad de organización psicótica y otra neurótica, por lo que esto implica el uso constante de mecanismos psicóticos y neuróticos.

Por otra parte, subrayan como característica del yo del niño fronterizo una vulnerabilidad específica o hipersensibilidad frente a los estímulos internos y externos. Hacen la comparación del yo del borderline con “ una delicada membrana a través de la cual el proceso primario penetra con facilidad desde adentro y que es perforada con igual facilidad por lo estímulos externos (p.226).”

Explican que hay un debilitamiento de las funciones del yo tales como el proceso secundario de pensar, la integración, el pensamiento realista, la adaptación al medio ambiente, el sostenimiento de relaciones con los demás y las defensas contra los impulsos inconscientes

La mayoría de los autores coinciden en marcar la intensidad y el mal manejo de la agresión, esto es, hablan de agresión no neutralizada.

Entre los mecanismos de defensa que más utilizan son, la escisión, la identificación proyectiva, la idealización, la desvalorización de los objetos (Paz, 1976). En cuanto al desarrollo de su yo y su superyó, según estos autores éste se encuentra perturbado en su estructura psíquica y como consecuencia es bizarra.

En cuanto al desarrollo del superyó, debido a la escisión y la falta de función sintética del yo, se mantiene a los niveles de los introyectos, los cuales son fácilmente proyectados en los objetos externos, de esta forma, se habla del potencial paranoide de los pacientes con trastornos límite de la personalidad.

Se explica que la utilización de mecanismos de defensa primitivos, como son la escisión, la identificación proyectiva, se encuentran en la base de sus dificultades para asumir la responsabilidad de sus actos, y por lo tanto, explican sus niveles fluctuantes del funcionamiento superyoico. Además los niños limítrofes son perseguidos por precursores terroríficos del superyó(Kernberg et. al. , 2002).

En cuanto a las tendencias regresivas, se ha visto que manifiestan mucha ansiedad frente a cambios en el desarrollo, y sobre todo aquellos que representen una pérdida de los objetos (Paz, Pelento, Olmos de la Paz, 1976).

Winnicott (1999) en el artículo “La angustia asociada a la inseguridad” (1954), explica que los tres tipos de angustia debidos al fracaso de la técnica del cuidado infantil son: la no integración, que se transforma en un sentimiento de

desintegración; la falta de relación entre la psique y el soma, que se transforma en un sentimiento de despersonalización, y el sentimiento de que el centro de gravedad de lo consciente se desplaza desde el núcleo a la cáscara que lo envuelve, “desde el individuo al cuidado, a la técnica” (p.137). De allí la importancia del sostén psicoterapéutico.

MODELO PSICOTERAPÉUTICO

“El desamparo psíquico puede encontrarse en cualquier edad de la vida y provocar angustia. A los psicoterapeutas nos atañe el sufrimiento que revela el síntoma, el sufrimiento que es simbolizado y amplificado por el síntoma mismo” (Anzieu, et.al.,2001, p.111).

La clínica en los estados fronterizos

A continuación expondré de manera general los demás autores en los que me basé para construir el modelo de intervención psicoterapéutico, así como los conceptos principales que me han acompañado desde el inicio en este proceso, el cual considero que ha sido uno en donde he fluctuado entre un proceso inductivo a una deductivo y viceversa. Por lo tanto, ha sido un ir y venir de la clínica a la teoría, y de la teoría a la clínica.

Bleichmar (1999) comenta que en la clínica con niños, es fundamental que haya coherencia en las intervenciones a elegir, esto es, que haya una relación entre el marco teórico desde el cual se trabaja, y la prescripción que se indica, por ende, el de reflexionar porqué se considera adecuado este tipo de intervención y no otro, así como pensar sobre la relación que guardan las acciones escogidas por el terapeuta con el funcionamiento psíquico del sujeto.

Trabaja alrededor de cómo pensar la constitución psíquica con relación a los tiempos de la fundación de la tópica. Ella concibe al inconsciente como algo que no existe desde los comienzos, y que su fundación se correlaciona con la represión originaria, que es un tiempo cercable en la instauración de la tópica psíquica, lo cual es de suma importancia para tomar en cuenta en la construcción del diagnóstico y

por ende, en la determinación de la estrategia de la cura. Asimismo, pone énfasis en que hay una correlación entre los determinantes exógenos y endógenos, los cuales construyen las bases de la subjetividad y del psiquismo.

En el primer tiempo de vida psíquica, el bebé o la cría como lo llama ella, está atravesado por el mundo de la necesidad, y éstas son satisfechas por otro ser humano(generalmente la madre), en donde al inicio no hay sexualidad, sino sólo la búsqueda de la satisfacción de necesidades. En este primer tiempo se instaura la pulsión, y así un objeto que perturba la función, esto es, la madre no sólo satisface las necesidades como la alimentación, los cuidados, sino que a su vez estos cuidados están impregnados de caricias, de palabras, sensaciones, lo que provoca el surgimiento de la sexualidad, y en este momento es desde el autoerotismo.

La excitación que es producto de los cuidados de la madre, no puede evacuarse, y surge así la sexualidad autoerótica, en donde después se necesitará de un procesamiento psíquico más complejo que dé la posibilidad de vías de descarga o de ligazón que permitan construir defensas sobre la pulsión. Por ende, la simbolización tiene su base en el quehacer excitante y ligador.

En cuanto al segundo tiempo de la vida psíquica, ocurre el paso del autoerotismo al narcisismo y se crea la represión originaria la cual sepulta los representantes del autoerotismo en el inconsciente mediante un contrainvestimento. Asimismo, Bleichmar (1999) la concibe como el clivaje que produce la inauguración del aparato psíquico, haciendo un corte articulado entre los sistemas inconsciente y preconscious-consciente, estableciéndose su diferenciación y modo de funcionamiento. En el preconscious-consciente opera la lógica, domina la temporalidad y existe la negación, y en el inconsciente domina el proceso primario. También ayuda al equilibrio entre los sistemas, ya que permite poner lo que

trastorna en el inconsciente, y fijarlo ahí, posibilitando que el psiquismo quede libre con el fin de que el sujeto pueda pensar, permitiendo la sublimación, además del establecimiento de modos de identificación y de circulación e intercambio con el objeto. Así, el yo da la posibilidad de que la represión opere como barrera, permitiendo que el inconsciente se mantenga en su lugar.

De esta forma, lo que se encuentra en el inconsciente angustia al sujeto, por lo que aparecen mecanismos de defensa que estructuran al aparato psíquico, los cuales son la vuelta sobre sí mismo y la transformación en lo contrario. A los que podríamos agregar clivaje, introyección, identificación proyectiva, y después de la constitución del yo, escisión del yo y desmentida.

Otra de las características de este tiempo es que con la represión primaria se funda el yo-representación narcisista y así comienza el tema sobre el *quién soy*. Para lograr la ligazón, la madre acaricia, sostiene y le habla al bebé, determinando así que su bebé es otro ser humano, pero Bleichmar(1999) subraya que la ausencia de esta acto fundante se puede ver en niños gravemente perturbados en donde el *quién soy* no está presente. El yo se torna el lugar de posicionamiento del sujeto y surge como un residuo libidinal de las primeras relaciones y se va a sostener en un grupo de representaciones ligadas.

Bleichmar (1999) pone énfasis en que el psiquismo del niño está organizado a partir del psiquismo del adulto, debido a que la madre tiene un inconsciente y está atravesada por dos sistemas en conflicto, esto es, los deseos y las prohibiciones. Así, habla de un doble carácter del funcionamiento psíquico parental que produce inscripciones sexualizantes pero también inhibiciones represivas. La madre despliega en relación al placer del niño, una función de contrainvestimento perteneciente al orden de la cultura, que en algún momento erotizaron y después

fueron abandonados y reprimidos por el niño por el amor a la madre. De esta forma, la madre cumple una función atravesada por su superyó y por un movimiento de corte edípico a partir de su yo y desde el preconsciente.

En el tercer tiempo de la vida psíquica se originan movimientos que fundan las instancias ideales, y el superyó surge como efecto del sepultamiento del complejo de Edipo y a partir de las identificaciones secundarias. El ideal del yo y la conciencia moral están constituidos por valores que posibilitan al yo ubicarse en un lugar más definido ofreciéndole protección. También surge la represión secundaria como consecuencia del Edipo, y es un mecanismo de censura y prohibitivo del superyó. Asimismo, el principio de realidad acaba de instaurarse en seguida de la renuncia edípica, debido a que con la constitución del superyó se encuentra un lugar definitivo a la represión secundaria.

Por otra parte, señala que al construir el diagnóstico es esencial conocer, comprender y analizar el lugar que ocupa en la economía psíquica del niño el malestar que motiva la consulta. De esta forma la autora sugiere realizarse algunas preguntas: ¿ constituye este momento de la vida psíquica del niño un proceso neurótico, de carácter sintomal, o es un momento estructurante que da cuenta de un trastorno en el proceso intersubjetivo de producción psíquica?, ¿ estamos ante un trastorno o ante un síntoma?, ¿ implica que hay análisis posible o no hay análisis posible?, ¿ es interpretable o no es interpretable?, ¿ es deconstruible o no es deconstruible?, Y como cuestión fundamental: ¿ qué lugar ocupa en la economía psíquica del niño?, ¿ se encuentra al servicio del progreso psíquico?, ¿ da cuenta de algo que se puede enquistar en forma patológica?

Refiere que dichas preguntas darán cierta coherencia a nuestras intervenciones clínicas, en donde trabajaremos con hipótesis a ser “desmanteladas” en el camino de la corroboración y la coherencia intrateórica.

Fiorini (1993) plantea una clínica que avanza con un doble frente de preguntas: el de la pregunta sobre la práctica, que es una pregunta sobre la intervención clínica, del porqué de su oportunidad y el para qué de sus efectos; y una correlativa pregunta sobre la teoría. De esta forma señala que la teoría y la práctica siempre están en interjuego, ya que en la clínica es donde nos damos cuenta de hasta dónde nos llega la teoría, hasta dónde da y dónde ya no da.

Bleichmar (1999) alude a que seamos muy cuidadosos en la exploración clínica, en el sentido de tener claro desde qué paradigma partimos, con el fin de no rellenar el trabajo con preconcepciones.

La intervención del analista no se reduce a encontrar lo que ya estaba, sino a producir elementos nuevos de recomposición y de articulación que den un producto diferente al preexistente, de ahí que podemos hablar de neogénesis (Bleichmar,1999), concepto que ha formado parte del Modelo Psicoterapéutico

Winnicott ha sido un autor al que he recurrido desde un inicio de mi formación y sus lecturas han fungido no sólo como bases teóricas o como elementos que me han permitido pensar y reflexionar el desarrollo infantil y la clínica, sino que también me han posibilitado analizar, cuestionar y pensar mi papel como terapeuta.

Winnicott (2005) señala que el terapeuta se encarga sobre todo de los procesos de crecimiento del niño y de la eliminación de los obstáculos para el desarrollo. Sostiene que el juego de los niños lo contiene todo, y su precariedad se debe a que siempre se desarrolla en el límite teórico entre lo subjetivo y lo que se percibe de manera objetiva.

La base de lo que hacemos como terapeutas es el juego del paciente: “ una experiencia creadora que necesita espacio y tiempo, y que para éste tiene una intensa realidad, nos ayuda a entender nuestra tarea” (Winnicott, 2005,p.75). Así hablamos de la importancia del encuadre como “ sostén” y espacio transicional.

De igual forma habla sobre el relajamiento, que corresponde a la confianza y a la aceptación de la seguridad profesional del marco terapéutico con el fin de que haya lugar para la idea de secuencias de pensamiento no relacionadas entre sí, que el analista hará bien en aceptar como tales, sin suponer la existencia de un hilo significativo de unión entre ellas (Winnicott, 2005).

Otra de las ideas de Winnicott acerca de la psicoterapia me ha llevado a pensar sobre mi papel como terapeuta y cito: “Esta visión del bebé y el niño que ven la persona en el rostro de la madre, y después en un espejo, ofrece una manera de ver el análisis y la tarea psicoterapéutica. La psicoterapia no consiste en hacer interpretaciones inteligentes y adecuadas; en general es un devolver al paciente, a largo plazo, lo que este trae. Es un derivado complejo del rostro que refleja lo que se puede ver en él.”(Winnicott, 2005, p.154)

Me parece que parte de estas ideas podrían explicar la descripción que hace Winnicott sobre la psicoterapia:“ La psicoterapia se da en la superposición de dos zonas de juego: la del paciente y la del terapeuta. Está relacionada con dos personas que juegan juntas. El corolario es que cuando el juego no es posible, la labor del terapeuta se orienta a llevar al paciente, de un estado en que no puede jugar a uno en que le es posible hacerlo ” (Winnicott, 2005, p.61).

La psicoterapia con pacientes fronterizos, debe estar centrada sobre la estructura del yo, que es débil, por ende, el terapeuta debe asumir el rol activo y protector de un padre, más que un rol neutro e impersonal (Paz, 1976).

Donet (2000) por otra parte, refiere que la heterogeneidad de su estructura y la variabilidad de su funcionamiento, a la vez que parecen hacer aún más necesarias la constancia del encuadre y la continuidad de la acción, deben hacer prever huecos y restablecimientos aleatorios, es decir, la experiencia de situaciones fronterizas. Por ende comenta el autor “no es muy sorprendente que en los pacientes fronterizos la incertidumbre de sus límites repercuta sobre la investidura del encuadre y la utilización del método”(p.108).

Panceira (1999) realiza reflexiones técnicas acerca de cómo trabajar con estos pacientes. En primer lugar señala que es crucial resistir y sobrevivir, esto es, no cambiar y no abandonar, “ aunque el precio sea volvernolocos durante un tiempo”(p.264). De allí la importancia de la supervisión y de la psicoterapia personal.

Después coincidiendo con Bleichmar (1999), considera que es importante buscar la situación actual que desencadena la reacción, e intentar un abordaje que reconstruya una secuencia, un fragmento más o menos abarcable para el paciente de su historia reciente vivida, intentando establecer nexos significativos entre un antes que motiva un después.

Posteriormente comenta que, después de un tiempo considerable, sí podemos intentar una interpretación que tenga algo de reconstrucción genética, que en realidad construiría una trama, lo cual ayuda a sostener la situación introduciendo diferentes momentos significativos y darles nombre a las experiencias que aún no lo tienen.

Sostiene que hay necesidades que deben ser satisfechas en la transferencias, las necesidades del yo, estructurantes, tales como el holding, que puede estar representado por la conexión directa del analista con el paciente, y materializadas por el consultorio; la manipulación, que es el cuidado del paciente en

cuanto a las variables tales como el silencio si lo necesita, la temperatura, la iluminación, etc., y la presencia gradual de la realidad, que es el darle de manera paulatina, unidades de sentido a un paciente para quien las palabras de unidad y sentido son “casi neologismos”.

Panceira (1999) comenta que en los casos ideales el analista buscará un supervisor que le dará el holding que él mismo le proporcionará a su paciente, y con el cual compartirá con él responsabilidades, angustias, además de que le dará sostén técnico y teórico, un sostén que personalmente ha sido un eje rector en mi formación como terapeuta.

Es fundamental tomar en cuenta la importancia de los fenómenos confusionales y por lo tanto, la necesidad de instrumentar una modalidad técnica que posibilite la discriminación (Paz et. el., 1976). Estos mismos autores comentan que en el proceso terapéutico, aparecen dos conductas típicas, la aparición de fantasías bizarras que hacen eclosión en determinados momentos de la sesión o en ciertos períodos del tratamiento y transforman su clima en caótico; y la diferencia entre la conducta de estos niños dentro de la sesión y fuera de ella así como la que siguen dentro del tratamiento entre un momento y otro.

Me parece interesante que Paz et.al. (1976) señalan que en la clínica esto se evidencia, ya que el niño inicia su juego utilizando mecanismos neuróticos acordes a su edad, lo cual lleva a pensar en la integridad de su yo, cuando de manera súbita, y sin estímulo claramente discernible hacen eclosión los mecanismos arcaicos del proceso primario, para volver a reaparecer las defensas neuróticas de modo repentino. Destacan que justamente esta fluctuación difícil de predecir es paradójicamente uno de los aspectos permanentes en la psicoterapia de estos casos.

El tipo de tratamiento se enfoca en la clarificación, confrontación e interpretación en el aquí y ahora en las áreas de transferencia, realidad externa y proceso comunicativo entre terapeuta y paciente. La interpretación de los mecanismos de defensa incluye verbalizar las funciones y los propósitos de su utilización. El rol particular del terapeuta de facilitar la resolución de los conflictos derivados de la etapa de separación / individuación es fundamental en el enfoque psicoterapéutico (Kernberg et. al., 2002).

Para Winnicott (1993), en el artículo “ El concepto de individuo sano” (1967) la palabra clave de lo que sucede en las etapas tempranas del desarrollo de la personalidad es integración, que es aplicable a casi todas las tareas evolutivas. La integración lleva al bebé al estado de unidad, al pronombre personal “yo”, al número uno; esto hace posible el *yo soy*, que da sentido al *yo hago*. “ La integración como proceso similar al que se da en el bebé reaparece en el análisis del paciente fronterizo ”(p.36). Lo cual me hace pensar en la coincidencia con otros autores mencionados tales como Green(2001), cuando señala que a los observadores y así, a los terapeutas nos tocará establecer los nexos que faltan en el discurso del fronterizo; como André(2000), quien refiere que con este tipo de pacientes es importante trabajar una terapia sintética y así con la integración, con el yo y con la relación interpersonal.

La meta según Green (2001), consiste en trabajar con el paciente en una operación doble, esto es, dar un continente a sus contenidos y dar un contenido a su continente, pero sin olvidar la movilidad de los límites y la polivalencia de las significaciones. Por consiguiente, habla del paso del análisis del contenido al del continente y se articula así con el holding de Winnicott(que son los cuidados del objeto externo) y el “container” de Bion, que es la realidad psíquica interna.

Continuando con el tema sobre el encuadre y su importancia, Green (2001) señala que éste tiene una función de contención y así de constancia, ya que mantiene el aislamiento de la situación analítica, la imposibilidad de la descarga, la reducción de todo contacto a la esfera de lo psíquico, la certidumbre de que este pensamiento loco no sobrepasará los límites del consultorio analítico, de que el lenguaje que emplea para que le sirva de vehículo sigue siendo el de una metáfora, la seguridad de que la sesión terminará y otra le sucederá. Otra de las funciones del encuadres es tolerar las tensiones extremas y reducirlas por medio del aparato mental del analista, para alcanzar esos objetos de pensamiento susceptibles de ocupar el espacio potencial.

Green (2001) basándose en Winnicott propone que el trabajo del analista consiste en un reemplazo de tipo metafórico de las deficiencias del cuidado materno, aceptando la dependencia del analizado o su necesidad de fusión dentro del interjuego simbólico.

Por ende, el encuadre analítico representa al cuidado materno, y el analista tiene que ser capaz de aceptar su destrucción periódica(y también el aborrecimiento que de esto resulta en la contratransferencia) como condición de su resurrección periódica, de tal forma que el analizando pueda usar al analista. Asimismo señala que el analista “ tiene que navegar siempre entre el riesgo de la angustia de separación y el de la angustia por su intrusión” (Green, 2001, p316.).

Envolturas psíquicas

A continuación desarrollaré brevemente el tema sobre las envolturas psíquicas, el cual ha servido en la construcción del Modelo de Intervención, en tanto engloba aspectos del marco analítico o terapéutico, aspectos del funcionamiento mental del paciente y aspectos de la contratransferencia.

Houzel (2004), llama como “ envoltura psíquica” al plano de demarcación entre el mundo interior y el mundo exterior, entre mundo psíquico interno y mundo psíquico de otro. Explica que en un marco psicoterapéutico, ya sea que se trate de adultos, niños o adolescentes, el concepto de envoltura psíquica incluye a la vez aspectos del funcionamiento mental del paciente, aspectos del marco analítico y aspectos de la contratransferencia.

Habla sobre los orígenes de este concepto el cual data a partir del estudio de la neurosis, ya que antes los analistas se preocupaban más por los contenidos del psiquismo que por su continente. Por ende, de los fantasmas conscientes e inconscientes, afectos, representaciones de cosa, representaciones de palabra, objetos internos, etc.

Explica que el psicoanálisis de niños, el de los psicóticos y de los estados fronterizos, el de los grupos, y más recientemente el psicoanálisis familiar, atrajeron la atención sobre las estructuras limitantes, envolventes y continentes, ya que estas nuevas situaciones analíticas enfrentaban a los psicoanalistas con deficiencias posibles de esas estructuras.

Entra algunas de las propiedades de la envoltura psíquica, se encuentran la estructura que es el conjunto de los fenómenos dinámicos observables en el transcurso de una cura, en el interior del encuadre, es la experiencia analítica. De esta forma, para comprender su estructura hay que hacer referencia al análisis del encuadre.

Pechberty (2000) entiende al encuadre como una encrucijada de interrogantes y de problemas. Tiene en cuenta la materialidad de la situación, sus detalles y su valor psíquico en el encuentro terapéutico. Explica que tiene una función de mojón, de límite que instituye, marca lugares y tiempos en la relación terapéutica. También

pone en escena la estructuración posible del niño y la instalación de una tópica interna, esto es, comienzos de un yo, ocupación de ciertos lugares de la habitación, los cuales pueden ser investidos psíquicamente.

De esta manera, este autor lo concibe como una noción transicional, que va hacia lo real y sus diversos aspectos. Otra de sus funciones es que es relacional, ya que no existe sino sostenido y en transacción con el paciente. Da límites a un imaginario omnipotente y marca un espacio-tiempo que incluye al paciente y al terapeuta.

La envoltura psíquica no se debe concebir de una manera estática, sino que dinámica, ya que permite establecer la síntesis de los puntos de vista dinámico y tópico, esto es, los conceptos de fuerza y de forma.

En cuanto a la constitución de la envoltura psíquica, Houzel habla de tres hojuelas que son “película”, “membranas”, y “hábitat”, las cuales forman una triple frontera: una frontera con el espacio interno de los objetos externos; otra con el espacio interno de los objetos internos, y otra con el mundo perceptivo. Estos nos remite a los conceptos de Winnicott acerca de la madre como entorno y como objeto (Green, 2005) y en el artículo “El ambiente” de La Naturaleza Humana, Winnicott (2006) sostiene “La madre asume físicamente el aspecto ambiental de la configuración total(p.219).”

La Contratransferencia y la transferencia en los estados fronterizos

Como ya dije, el tema o el concepto de las envolturas psíquicas, incluye entre otros elementos a la contratransferencia así como el funcionamiento mental del paciente, por ende, me parece pertinente exponer la concepción de algunos autores sobre la contratransferencia y la transferencia, así como la manera en que han explicado esto en el caso de pacientes fronterizos.

Guillaumin (2004), señala que la contratransferencia se presenta cada vez más como un instrumento habitual, indispensable y hasta privilegiado de la comprensión de la transferencia del paciente, dentro de la constante interacción transferencia-contratransferencia.

Houzel (2004) entiende a la contratransferencia como una comunicación primitiva de elementos del paciente evacuados en el analista, lo cual se vincula con lo que plantea Klein en 1952, (1974) en "Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé" sobre la identificación proyectiva, que durante la posición esquizo-paranoide, el yo se posesiona por proyección de un objeto externo, en primer lugar de la madre y lo transforma en una extensión de sí mismo. Así, el objeto se transforma, en cierta medida, en representante del yo, y estos procesos son la base de la identificación proyectiva. También implica la irrupción dentro del objeto y su control por partes del yo.

Green (2001) concibe a la contratransferencia no sólo como los efectos afectivos negativos o positivos producido por la transferencia, sino que también incluye todo el funcionamiento mental del analista tal como es influido por el material del paciente, pero también por sus lecturas o las discusiones con sus colegas. Recalca que la contratransferencia puede servir como un instrumento muy preciso en la comprensión de los estados fronterizos, de ahí la importancia de tomar en cuenta la cualidad afectiva de la comunicación del paciente y la respuesta interior que provoca en el analista.

Fédida (2000), plantea que mientras la contratransferencia habla sobre las maneras específicas de identificación con el material psíquico producido por la palabra del paciente, la intersubjetivización de la comunicación en la situación analítica restablece una correspondencia entre lo se supone que el analista puede

experimentar, las variaciones críticas paradójicas de sus afectos y contenidos de pensamiento, y entre el poderse dar los medios de comprender e interpretar la experiencia intrapsíquica de lo que se le comunica.

Winnicott (1999) en “El odio en la contratransferencia” (1947), clasifica a los fenómenos de la contratransferencia en tres partes. La primera habla sobre la anormalidad de los sentimientos de contratransferencia, y relaciones e identificaciones fijas que se hallan bajo represión en el analista.

El segundo tipo de fenómenos se refiere a las identificaciones y tendencias que corresponden a las experiencias personales del analista y a su desarrollo personal y que dan el marco positivo para su labor analítica y que hacen que la índole de su trabajo difiere del de cualquier otro analista. El tercer fenómeno habla sobre la contratransferencia verdaderamente objetiva, o si esto es difícil al amor y odio que siente el analista como reacción ante la personalidad y el comportamiento del paciente, contratransferencia basada en la observación objetiva.

Winnicott (1999), en este mismo artículo dice” pienso que el paciente solamente puede apreciar en el analista aquello que él mismo es capaz de sentir.”(p.264). El analista debe de estar preparado para soportar la tensión sin esperar que el paciente sepa lo que está haciendo, quizás durante mucho tiempo.

Refiere que para esto, al analista debe serle fácil asumir sus propios temores y odios, así como desplegar su paciencia, tolerancia y confianza como una madre dedicada a su pequeño; debe reconocer como necesidades los deseos del paciente; debe apartar de sí otros intereses a fin de estar disponible puntualmente y de ser objetivo; y debe dar muestras de querer dar lo que en realidad solamente se da debido a las necesidades del paciente.

Donet (2000) habla sobre el malestar que los pacientes fronterizos pueden provocar, el cual deriva de la confusión y las rupturas ocasionadas por su funcionamiento y la identificación con él.

Es necesario tomar en cuenta la construcción del espacio analítico. Por ende, no es muy sorprendente que en los pacientes fronterizos la incertidumbre de sus límites repercuta sobre la investidura del encuadre y la utilización del método.

Para analizar los contenidos del psiquismo, se elabora sobre todo la transferencia, y al analizar el encuadre se analiza sobre todo la contratransferencia (Houzel,2004).

La transferencia (Laplanche y Pontalis, 1996) es designada como el proceso en donde los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de una relación analítica. También “ se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad”(p439).

Paz et .al. (1976) explican que los niños fronterizos en la relación transferencial muestran una tendencia a tener fantasías de omnipotencia que les sirven para negar su vulnerabilidad y para controlar las fantasías sádico-agresivas que lo molestan. Asimismo, buscan adherirse al objeto transferencial y al mismo tiempo lo rechazan, por lo que se aíslan frente al pánico de ser engolfados por el terapeuta.

El trabajo con pacientes fronterizos ha llevado a hablar de un nuevo paradigma dentro del psicoanálisis, en donde según André (2000), el “régimen” borderline impone a la madre como figura central del análisis y la transferencia. Señala: “ Una madre, desde luego, tanto más única, irremplazable y o sustituible cuanto que fue “*depriving, rejecting*”.

Asimismo, señala que esta madre es imposible de perder ya que no permitió que pudiera elaborarse la pérdida de sí misma. “Cosa que no pudo hacer tanto al tener una presencia psíquica excesiva como al no estar nunca” (André, 2000, p.25). Por ello explica que el análisis tiende a confundirse con un trabajo de duelo: trabajo a la vez de separación-diferenciación-constitución del objeto y de trazado de las fronteras del yo.

Nathan (2004), comenta que en la transferencia, estos pacientes expresan de manera clara su expectativa fusional que se va a manifestar también por una manipulación de la personalidad inconsciente del analista.

La transferencia cambia de manera dramática, y la angustia todo lo invade, emergiendo defensas más primitivas, entre las cuales la principal es la identificación proyectiva, “debiendo entonces el analista soportar una verdadera lluvia de identificaciones proyectivas penetrantes, que lo harán participar del mundo loco del paciente ” (Panceira, 1999,p.254). Lo cual me lleva a pensar en Klein(1974) en su artículo de “ Notas sobre algunos mecanismos esquizoides”(1946), cuando señala que la identificación proyectiva es la base de muchas situaciones de ansiedad, tales como la fantasía de forzar la entrada en el objeto que puede producir ansiedades relacionadas con los peligros que amenazan al sujeto, desde el interior del objeto.

También habla que pueden aparecer episodios de furia los cuales se desencadenan cuando el medio humano dentro del cual viven falla, y , al fallar, reitera el fracaso ambiental originario.

La transferencia en este tipo de pacientes revela su extrema sensibilidad para la pérdida y la intrusión. Refiere que siempre están buscando establecer una distancia psíquica que les permita sentirse seguros de la doble amenaza de la invasión por el otro y de su pérdida definitiva. De esta forma, desarrollan una

contradicción permanente que “ les hace anhelar lo que temen perder y rechazar lo que ya está en su posesión pero cuya invasión temen”

(Green, 2001, p.44).

En cuanto a la reacción terapéutica negativa, Chabert (2000) señala que no se trata de un ataque de odio contra el analista, sino que una tentativa de anular el lazo analítico mediante un rechazo total de sus efectos positivos.

Sostenimiento (holding)

El desarrollo es producto de la herencia de un proceso de maduración (Winnicott, 1993) y de la acumulación de experiencias de vida, pero no tiene lugar a menos que se cuente con un medio favorable, y en caso de la psicoterapia, hablamos entonces de la importancia del encuadre, del sostén, de la escucha, de crear un ambiente cálido y seguro.

Winnicott (1993) en “ La relación inicial de una madre con su bebé.”(1960) explica que la función materna se agrupa en tres categorías:

-Sostenimiento(holding): la forma en que la madre toma en sus brazos al bebé está vinculada con su capacidad para identificarse con él. Cualquier falla, sobre todo si son frecuentes o repetitivas, provoca una intensa angustia en el niño, ya que no hace sino cimentar la sensación de desintegrarse, la sensación de caer interminablemente, el sentimiento de que la realidad externa no puede usarse como una manera de reasegurar, y otras ansiedades que en general se describen como “psicóticas.”

-Manipulación: contribuye a que se desarrolle en el niño una asociación psicósomática que le permite percibir lo real como contrario a lo irreal. Si hay una manipulación deficiente, el niño no puede disfrutar de la experiencia del funcionamiento corporal y de la experiencia de ser.

-Mostración de objetos(hacer real el impulso creativo del niño): promueve en el bebé la capacidad de relacionarse con objetos. Si hay fallas en este sentido, se bloquea la capacidad del niño para sentirse real al relacionarse con el mundo concreto de los objetos y de los fenómenos.

Winnicott (Khan, 1975) llamó al sostenimiento o holding, como las aportaciones de la madre en la etapa de dependencia del bebé. La función del holding es natural en la madre, y proviene de su “ preocupación materna primaria” y está basada más en la empatía materna que en la comprensión.

Little (1990), al hablar sobre su experiencia como paciente de Winnicott, y además de haber sido analista, explica que D.W., utilizaba la palabra *sostén*(holding) no sólo en sentido metafórico, sino también literal. Esto es, desde lo metafórico, ella dice que él aportaba su sostén, apoyaba y mantenía contacto en todo nivel con lo que estaba ocurriendo dentro del paciente, alrededor de él y en relación con él.

También explica que el “*sostén*”, siempre formó parte de la “ conducción a la cura”(management), significaba asumir toda la responsabilidad, proporcionar la fuerza del yo que el paciente no podía encontrar en sí mismo, y retirarla gradualmente en la medida en que el paciente pudiera hacerse cargo por sí mismo. Esto es, proporcionar el “ambiente facilitador”, donde fuera posible ser.

Winnicott durante el análisis de Little, le dice que un análisis como el de ella demanda exigencias que él estaba dispuesto a atender, “y no sólo bajo la condición de que el análisis resultara exitoso: él debía soportar la angustia, la culpa, el dolor y la pena, la inseguridad y la impotencia, él debía soportar lo insoportable. No había defensa contra la paradoja o la ambivalencia, ya sea en el paciente o en él mismo” (p.64).

Función de reverié y continente

A continuación expondré el tema sobre la función continente y de reverie, los cuales me han posibilitado comprender de una forma más clara, aquello que he escuchado a lo largo de mi formación acerca de la importancia de contener la angustia del paciente.

Houzel (2004) trabaja el tema de la función continente, haciendo referencia a Bion, explicando ésta como el proceso de transformación íntima por el cual sensaciones y emociones impensables se vuelven pensables, pueden ser contenidas en una actividad de pensamiento en lugar de ser evacuadas en actos o desviadas hacia lesiones somáticas, o de hacer efracción entre el mundo interior y el mundo exterior en una actividad alucinatoria.

Tabak de Bianchedi (1999) explica que Bion señaló que cuando dos personalidades se encuentran se crea una tormenta emocional por la conjunción estas dos personas. La idea del vínculo de Bion no está relacionada con los objetos, sino con lo que ocurre entre ellos, de ahí que como analistas, dice que esto es fundamental en el sentido en que estamos comprometidos en el contacto emocional a tener en cuenta la transferencia, la contratransferencia, la identificación proyectiva, la contra-identificación proyectiva, la empatía o su falta como nuestros instrumentos.

Pistinier de Cortinas y Neborak (1999) basándose en Bion, explican la capacidad de reverie o de ensoñar materna como la función de: recibir las identificaciones proyectivas o los sentimientos intolerables para el bebé; alojarlas en su mente; metabolizarlas dándole un sentido al dolor; y devolverlas significadas y moduladas de acuerdo a la capacidad del bebé de recibirlas. Estas función puede fracasar en cualquiera de estos puntos. Las emociones extremas del bebé pueden ser arrojadas al vacío, a una nada; pueden ser devueltas sin modificar; devueltas mediante la identificación proyectiva intrusiva que es incrementada por la ansiedad

intolerable de la madre. Así pienso en la angustia de intrusión de la que habla Green (2001) que aparece en los pacientes fronterizos.

Al darles sentido a dichas proyecciones del bebé, disminuye la angustia, y al devolver las proyecciones transformadas, también se permite la introyección de la función continente en la mente-bebé. Este continente internalizado, provee un espacio mental y en este espacio es donde se cumple la función alfa (es la que reúne el material en bruto percibido por nuestros sentidos, externos e internos, esto es los elementos beta, para transformarlos en elementos almacenables a los que será posible atribuir significados).

Tabak, Antar, et al.(1999) plantean la relación analógica entre el reverie materno y la posibilidad del analista de recibir-contener-transformar las emociones primitivas del paciente que le llegan a través de la identificación proyectiva realista.

Pistinier de Cortinas (1999) explica que la función reverie depende del estado mental de la madre, de su grado de madurez, de su capacidad de tolerar el dolor, de contemplar, de pensar, esperar, tener su propio espacio interno continente, etc. El reverie también cumple una función de amparo mental al proteger de las vivencias catastróficas de desamparo, transformando el pánico en una emoción tolerable y pensable a través de forjar instrumentos para pensar.

En el desarrollo de un proceso psicoanalítico, para el analista implica la observación no sólo de la mente en evolución del paciente , sino que también de la observación de lo que transcurre en su propia personalidad. “Esto supone dirigirse a los obstáculos que encontramos en nuestra propia mente, en la del paciente y en el vínculo, porque allí es donde anida el dolor y las emociones que requieren transformación y procesamiento psíquico.”(p.184).

Elementos técnicos

Fiorini (1993) habla sobre todo de la psicoterapia dinámica breve, y explica los instrumentos técnicos. Asimismo, habla sobre distintas técnicas psicoterapéuticas que a continuación explicaré.

Explica que la psicoterapia de apoyo, tiene como objetivos principales la atenuación o supresión de la ansiedad y otros síntomas clínicos, como una forma de favorecer un retorno a la situación de homeostasis previa a la descomposición o crisis. La estrategia básica de esta técnica es el establecer un vínculo terapéutico reasegurador, protector, orientador, y pienso entonces en el sostén de Winnicott, y en la función continente o capacidad de “reverie” de Bion.

Otro tipo de técnica es la psicoterapia de esclarecimiento y sus objetivos incluyen los de la de apoyo además del desarrollo de una actividad de autoobservación y un modo de comprender sus dificultades de manera distintas del aportado por el sentido común.

La estrategia consiste en establecer una relación de preguntas que se centra en esclarecer las conexiones significativas entre la biografía, la transferencia de vínculos básicos conflictivos a las relaciones actuales y los síntomas. Señala que es importante crear un contexto de discriminación. Por ende, pienso en cómo varios autores explican que el trabajo con pacientes fronterizos reside en la discriminación, en la diferenciación, en la simbolización, en trabajar con las capacidades yoicas.

En cuanto a los instrumentos técnicos o las intervenciones que he utilizado, me parece importante aclarar que éstos tiene relación con lo que algunos autores

han escrito sobre cómo trabajar con pacientes fronterizos, en consecuencia, sobre cuestiones técnicas.

Desde el inicio del proceso psicoterapéutico he utilizado preguntas(Fiorini dice interrogar, pero no concuerdo con esta palabra), las cuales se refieren a pedir datos precisos, ampliaciones y aclaraciones del relato, por lo tanto, es explorar a detalle sus respuestas. Concuerdo con Fiorini cuando señala que en psicoterapia, preguntar representa consultar a la conciencia del paciente, así como sondear las limitaciones y distorsiones de esa conciencia, para promover la simbolización, fortalecer la represión primaria y el proceso secundario.

Me parece importante que este autor refiere que no se trata de preguntar para después operar terapéuticamente, sino que las preguntas mismas contienen estímulos terapéuticos de gran importancia, como es trabajar la simbolización, las redes simbólicas y las relaciones de causa-efecto.

Otro tipo de intervenciones consistieron en clarificar, reformular el relato del paciente de tal forma que ciertos contenidos y relaciones del mismo adquieran mayor relieve, y este tipo de intervenciones se dirige a encontrar los elementos significativos dentro del discurso del paciente.

En pacientes con funciones yoicas debilitadas, las clarificaciones juegan durante gran parte del proceso terapéutico un papel muy importante, ya que sientan las premisas para que en algún momento otras intervenciones de tipo interpretativo puedan ser elaboradas.

También recurrí a recapitular y resumir puntos esenciales surgidos en el proceso exploratorio de cada sesión y del conjunto del tratamiento, ya que como señala Fiorini, este tipo de intervenciones, estimulan el desarrollo de capacidades de síntesis, de percepción, de reflexión y descubrimiento de relaciones.

Aunado a este tipo de intervenciones, también señalé relaciones entre datos, secuencias, capacidades manifiestas y latentes del paciente, y este autor explica que este tipo de intervenciones recortan los eslabones de una secuencia, llaman la atención sobre componentes significativos de esa experiencia por lo general pasada de alto y muestran relaciones peculiares.

Otro tipo de intervención fue la interpretación del significado de las conductas, motivaciones y finalidades latentes, sobre todo las conflictivas, y esto introduce una racionalidad posible allí donde habían datos sueltos, inconexos, ilógicos y contradictorios.

Fiorini señala que intentan descubrir con el paciente el mundo de sus motivaciones y sus sistemas internos de transformación de las mismas así como sus modalidades de expresión y los sistemas de interacción.

Es importante recordar que todos los recursos psicoterapéuticos que se utilizan (preguntas, señalamientos, interpretaciones, entre otros) son hipótesis y su verificación se cumple como un proceso siempre abierto y jamás terminable, en base al acopio de datos que resulten compatibles con el modelo teórico contenido en la hipótesis. Es esencial que el conocimiento sea vivido como una praxis, como la tarea a realizar entre dos o más personas concretadas en una relación de trabajo.

Explica que las intervenciones en psicoterapia deben abarcar un amplio espectro de funciones. Una de ellas es la de proporcionar hipótesis sobre conflictos actuales en la vida del paciente, esto es, sobre motivaciones y defensas. Otra consiste en reconstruir determinadas situaciones históricas significativas así como en explicitar situaciones transferenciales de peso en el proceso.

Asimismo, es importante rescatar las capacidades del paciente negadas o no cultivadas y hacer comprensible la conducta de los otros en función de nuevos comportamientos del paciente.

De esta forma, la terapia con pacientes fronterizos se dirige a un yo fragmentado mediante un trabajo de integración, sería una terapia sintética, en donde se trabaja más con el yo, más con la explicación que con la interpretación, más con la relación interpersonal que con una actitud silenciosa e interpretativa. Por ende, el mismo encuadre psicoanalítico es cuestionado desde y en sus propios límites (André, 2000).

Capítulo IV. Estrategia Psicoterapéutica y los elementos de su construcción.

En este capítulo se presenta la estrategia psicoterapéutica integrada por la construcción del diagnóstico, resultados de las pruebas proyectivas, preguntas, objetivos psicoterapéuticos y la intervención psicoterapéutica.

Construcción del diagnóstico

A partir de la observación y análisis de sus conductas, verbalizaciones, de su juego y dibujo, de las pruebas proyectivas, de la revisión del expediente, y de las entrevistas, desde una perspectiva psicoanalítica(con apoyo del espacio de supervisión), planteé un diagnóstico metapsicológico

¹, basado en Bleichmar (1999).

Observé que Saúl presentó fallas en la constitución del aparato psíquico. Esto es, un déficit en la constitución de las instancias ideales, que lo podemos ver en la dificultad que tiene de respetar reglas, como si no hubiera introyectado las normas, las interdicciones, lo que se puede y no se puede.

Existen fallas también en el primer tiempo de constitución del aparato psíquico y, una fluctuación entre el proceso primario y el secundario, por lo que hay momentos en que sí utiliza mecanismos de defensa más avanzados y estructurados, pero en momentos fuertes de angustia se desorganiza y puede llegar a utilizar mecanismos de defensa más primitivos como la escisión y la identificación proyectiva.

Así hipotetizo que la libido no está ligada y que hubo fallas en la represión primaria, aunque sí se nota que cuenta con recursos yoicos tales como el gusto por la escuela y el aprendizaje. La percepción que parece mostrar de las personas es predominantemente escindida, esto es, o es “bueno” o es “totalmente malo”, por lo que parece presentar dificultades en la integración. Esto me lleva a pensar en el artículo de Klein (1974), “Algunas Conclusiones Teóricas sobre la Vida Emocional del Bebé (1952), cuando explica que la síntesis entre sentimientos de amor y pulsiones destructivas hacia un mismo objeto (el pecho, por ejemplo), origina ansiedad depresiva, culpa y necesidad de reparar el objeto bueno dañado. Durante los primeros meses de vida, estos estados de integración son de corta duración.

En la posición esquizo-paranoide, la capacidad de integración del yo es limitada y a esto contribuye la fuerza de la ansiedad persecutoria y de los procesos

¹ Nágera(1970) explica, con base a Freud, que la metapsicología es el enfoque con el que cada proceso mental es considerado en relación con las siguientes coordenadas: la dinámica, la tópica y la económica. Su objetivo es que es un medio destinado a clarificar y profundizar los supuestos teóricos que podrían servir de base a un sistema psicoanalítico.

de escisión. Por ende, encuentro en Saúl la dificultad de poder unir los diversos aspectos de los objetos, ya sea amado y odiado, bueno-malo en uno solo,

Por otra parte, Saúl presentó las siguientes características que plantean Paz et al.(1976), por lo que a continuación presento un diagnóstico clínico que podemos relacionar con el diagnóstico metapsicológico:

1. Fallas en la estructuración del superyó: esto lo observo en la dificultad que presenta para respetar las reglas, no ha interiorizado las normas
2. Ansiedad frente a cambios en el desarrollo, y sobre todo aquellos que representen una pérdida de los objetos: como ejemplo el momento de la hospitalización de su madre, pero también posteriormente sus reacciones ante las vacaciones de la psicoterapeuta. Esto me lleva a pensar en el tipo de angustia predominante, en la calidad de ésta que ha sido de aniquilación y de separación. Saúl muestra dificultades para conservar en su mente a la imago materna, y así en ocasiones, perder a su madre o estar ausente de ella significa ser atacada y estar en peligro de aniquilación (Paz, et. al, 1976).
3. Violentas explosiones de rabia: sus padres refieren que al enojarse a veces se pega, o sale corriendo, haciendo sonidos guturales. Él comentó que al “desesperarse” rompe cosas, se pega o muerde una cuerda. Esto lo vinculo con el primer momento de la constitución del aparato psíquico y en las fallas que observamos en la represión primaria, y en la fluctuación entre el proceso primario y secundario.
4. Conductas bizarras: algunas de estas fueron las risas, aparecieron en momentos en donde no había razón alguna; me daban la impresión de algo “loco”.
5. Aparición de fantasías bizarras, sobre todo en análisis, con posibilidad de nivel delirante: habló de monstruos que se comen su cabeza, o expresó en una sesión

que quería mucho a su mamá y agregó : “me sacrificaría por mi mamá tanto que me corten la cabeza.”

6. Distintas conductas dentro y fuera de la sesión: al inicio del proceso psicoterapéutico y durante la sesión Saúl respetaba las reglas, no se mostraba agresivo, y en su casa, con sus padres era todo lo contrario.

7. Impresión de caos, y habilidad en el control: al llegar al consultorio a veces lo hace de forma caótica y al jugar por lo general es ordenado. Es importante decir que en esto también hay una fluctuación, por momentos en su discurso percibí caos y descontrol y al jugar o dibujar pudo no sólo mostrar conductas más ordenadas, sino que tuve la impresión de que se contuvo.

8. Falla de la represión primaria: lo observamos en su discurso y en la fluctuación del proceso de pensamiento primario (atemporal, sin lógica), al secundario(temporal/lógica).

9. Contratransferencia intensa: en muchas sesiones sentí: como sorpresa, horror, confusión, imposibilidad de pensar.

10. Mecanismos de defensa predominantes: escisión, identificación proyectiva, omnipotencia, por ejemplo buscó asustarme, percibía a sus padres de una manera dividida, hizo uso de la omnipotencia en sus juegos, por ejemplo, diciendo que “era Saúl el rey, o el rey de la escuela.”

Por ende, con base a este diagnóstico Saúl presenta una psicopatología de tipo fronteriza.

Resultados de pruebas proyectivas

La Psiquiatra de Saúl solicitó que le aplicara pruebas proyectivas con el fin de valorar el aspecto emocional. Es importante decir que tuvimos buena comunicación, por lo que además de mi supervisora de la UNAM y del CISAME, también comenté

con ella la situación que observaba y que era fundamental trabajar terapéuticamente.

En la primera sesión, le ofrecí si quería dibujar y como dibujo libre(ver Apéndice 1) dibujó una montaña, también una luna con un gorro de dormir. Dijo que había también un río, nubes y que era de noche, y todos estaban dormidos, menos una montaña que estaba platicando: *“bla, bla, bla, que no moleste él a ella, que no la moleste, ella se enoja,.. Grita fuerte, todos se despiertan,. ¿Qué pasa, qué pasa? Una montaña dijo, “es que me hizo enojar, por eso grité”, pero de repente por acá se ve el sol, se va a poner y enfrente está la luna,.. sigue durmiendo. El río empieza a gritar mucho, y ----- empieza a dormir. Todos están dormidos de nuevo, colorín colorado, este cuento se ha acabado.”* El cuento se llamó” Cuando despiertan y cuando duermen.” Le pregunté que porqué se enojó la montaña y dijo:” porque le gritó muy feo, la otra estaba molesta y la montaña soñaba con su novia. Grita la otra y le dijo:” que no molestes”. “Se enojó y gritó fuertísimo, hasta vino un perrito a ver que pasaba:” qué pasa, qué pasa” y los árboles la callaban.

En la segunda sesión apliqué Bender(ver Apéndice 2) (aunque no fue solicitado, sí consideré importante valorar su nivel de madurez perceptomotora), y el H T P junto con el Machover (ver Apéndices 3, 4, 5, 6).

La historia de la casa(ver Apéndice 1) fue:” *era una casa embrujada, buuu, se escuchaban ruidos, habían fantasmas, y ya.”* Del árbol (ver Apéndice 4) contó la siguiente historia “ *era un árbol viejo, que casi no regaban, y ya.”* Dibujó primero a la figura masculina(ver Apéndice 5) y en seguida dijo” es mi papá”, y posteriormente dibujó a la figura femenina(ver Apéndice 6), de quien dijo “ es mi mamá.” La historia narrada de la figura masculina fue:”*Érase una vez un señor que iba al trabajo, pero que también se enojaba mucho, fin.”* De la figura femenina contó la siguiente

historia: “Esta señora veía a un señor y este señor le decía “ ¡ Ay, qué señora tan guapa!” y ya.” Lo observé tranquilo, concentrado, sin mover los pies, y al señalarle que lo veía tranquilo cuando dibujaba, me dijo: “ sí, es que me concentro y pienso.” Yo le pregunté que en qué pensaba y él contestó, “en mi mamá, es que la extraño, quiero que me lea cuentos y me lleve a dormir.” Contó que su papá nunca le compra juguetes y que tiene un Max Steal desgastado.

En la quinta sesión apliqué el CAT(ver Apéndice 7) y Saúl realizó historias cortas, lo observé resistente, como con miedo de hablar. Después habló sobre su mamá, dijo que la extrañaba ya que estaba con su abuelita, e inmediatamente me platicó sobre una perrita que era maltratada por los vecinos y que él la cuidaba, y nutría. Observé que no paraba de mover los pies y le pregunté cuándo los movía y refirió que cuando le “da miedito”.

En la novena sesión apliqué el Test de la Familia de Corman(ver Apéndice 8), y al pedirle que si podía dibujar a una familia dijo “ ayyy” abriendo la boca. Se tomó más de media hora para realizar el dibujo, y lo hizo con tranquilidad y minuciosidad. Dibujó primero “al hermano Jorge”, con unos tenis convers que él quiere tener. Después dibujó a “la mamá Guillermina”, y dijo “la quiero hacer igual que el niño” además de que se dedicó a borrar los ojos, y a reírse cuando dibujaba el cabello . En seguida dibujó “al papá Florencio” y comenzó por los ojos porque “ es más mayor, le voy a hacer sus ojos bien”, mientras iba chiflando y hacía ruidos con la boca. Posteriormente dibujó al “perrito Firulais.”

Los dibujó agarrados de la mano “porque son familia” y puso un anillo “ para pegarlos”. Al perro le puso una lengua que unió con la familia “para que todos sean familia.” Dijo que no quería contar una historia, y después me contó sobre los hijos

del lado de su mamá y del lado de su papá relatando las edades así como las actividades a las que se dedican.

En cuanto a la interpretación de las pruebas, su nivel de madurez perceptomotora es la adecuada ya que corresponde a una edad de 11 años. En algunas figuras se encontraron indicadores de ansiedad.

Observé indicadores emocionales que denotan conflictos con la sexualidad, y la percepción de las figuras paternas como amenazantes. Asimismo, podemos ver la preocupación por el futuro y la necesidad de ser querido y cuidado. También hay indicadores que denotan la presencia de agresividad y ansiedad.

Por otra parte, podemos inferir la dificultad para tener contacto con el medio ambiente, así como para controlar impulsos, por lo que Saúl se puede ver desbordado por sus afectos, así como por el exceso de tensión interna.

Por otro lado advertimos la presencia de una corriente agresiva, la percepción del medio ambiente como agresivo y no gratificante, observándose sentimientos de miedo. Tiende a hacer uso de la fantasía y entre los mecanismos de defensa que más utilizó son y la proyección (sobre todo de los impulsos agresivos) y la negación.

En cuanto a la percepción de las figuras masculinas y femeninas, Saúl dibujó más grande a la femenina, aunque en los dos dibujos realizó la cabeza bastante más grande en proporción al cuerpo, por lo que esto puede tener relación con varios aspectos como es el narcisismo, su buen desempeño escolar es algo que le da seguridad. Esta acentuación, puede tener relación con una preocupación de Saúl por “las cabezas” de sus padres, sobre todo de la madre. El sombreado de los ojos de la figura femenina, y el tamaño de los ojos y las pestañas de la masculina, pueden revelar fantasías paranoides.

En lo que respecta a la percepción del ambiente familiar así como de las relaciones y de la dinámica, Saúl presenta conflictos con su hermano, y un deseo de que su familia esté unida. Esto lo relaciona con el análisis del dibujo libre, en donde observo que Saúl percibía un ambiente cargado de gritos, de enojo, de molestia. Ahora me doy cuenta que en este primer dibujo libre mostró cómo percibía a su medio familiar, y posiblemente mostró parte de su mundo interno, lleno de angustia, así como con momentos de mayor control, con predominio del proceso secundario y otros con predominio del primario .

En cuanto a lo observado en el juego libre, se infiere que Saúl presenta conflictos en el área emocional y familiar. Esto es, dificultad para respetar reglas, percepción del medio familiar como confuso, violento e inconstante, conflictos de rivalidad con su hermano con una fuerte carga de agresividad. Es importante decir que ante momentos de fuerte angustia (como fue la hospitalización de su madre), Saúl se desestructura y presenta un discurso incoherente y confuso. Sin embargo, cuando se encuentra tranquilo, su discurso es lógico y coherente

Preguntas planteadas

A partir de las entrevistas, la revisión del expediente, el primer encuentro, me planteé algunas preguntas las cuales sirvieron en la elaboración de hipótesis que a lo largo del proceso fui respondiendo o comprobando. Éstas fueron: ¿Todo es un problema de reglas? ¿De qué reglas? ¿Las internas, las externas? ¿De qué límites?

Objetivos psicoterapéuticos

Los objetivos psicoterapéuticos los planteé con base en el diagnóstico metapsicológico y el clínico con apoyo de la teoría y de la supervisión.

Éstos fueron:

- 1) disminuir el sufrimiento y la angustia.
- 2) trabajar con el encuadre
- 3) promover una mejor o más evolucionada estructuración del aparato psíquico
- 4) contener las identificaciones proyectivas y la angustia y devolverlas metabolizadas
- 5) facilitar el proceso secundario, mediante el uso de señalamientos(relacionar hechos desconectados) construcciones (poner en palabras las hipótesis para hilar el pensamiento)
- 6) posibilitar el rearmado de su estructura psíquica y el desarrollo de un amplio repertorio de mecanismos de defensas
- 7) lograr desarrollar defensas y capacidades yoicas como la simbolización, diferenciación y pensamiento
- 8) fortalecer las instancias ideales, como son las prohibiciones y la formación de ideales
- 9) analizar sus relaciones objetales con el fin de lograr la integración de las partes escindidas
- 10) analizar la contratransferencia.

Intervención psicoterapéutica

A partir de la construcción del diagnóstico y de los objetivos psicoterapéuticos fui creando la intervención terapéutica. A continuación explicaré cómo intervine con Saúl.

En cuanto al objetivo de disminuir la angustia y el sufrimiento, primero intervine creando un ambiente lo más cálido y seguro, así como posibilitando que hablara sobre lo que sentía, por lo que mi intención fue proporcionar un “ambiente facilitador” donde Saúl se sintiera seguro y protegido, significó así, asumir toda la responsabilidad, proporcionar la fuerza al yo que el paciente no podía encontrar en sí mismo, y retirarla gradualmente en la medida en que el paciente pudiera hacerse cargo de sí mismo (Little, 1990).

De esta forma, aporté un sostén, desde el punto de vista winnicottiano, en la medida en que apoyaba y mantenía contacto en todo nivel con lo que estaba ocurriendo dentro del paciente, alrededor de él y en relación con él (Little, 1990).

Esto lo vinculo con otra de las metas que fue contener la angustia y las identificaciones proyectivas, así como devolverlas metabolizadas. Lo relaciono con una de las funciones del encuadre de las que habla Green (2001) que es tolerar las tensiones extremas y reducirlas por medio del aparato mental del analista, para alcanzar esos objetos de pensamiento susceptibles de ocupar el espacio potencial.

La manera en que intervine para realizar esto fue en primer lugar siendo consciente de éstas, hablando de ellas en supervisión y en terapia, para así poder lograr que Saúl pusiera en palabras todas las sensaciones, percepciones, fantasías, “pedazos” de realidad de discursos, que parecían como dice Green (2001) un collar de perlas sin cuerda, como todo suelto.

Así pienso en el reverie materno de Bion en donde, la mayoría de las veces recibí, contuve y transformé las emociones primitivas (Tabak, Antar, et al. 1999) de Saúl en palabras con algún sentido, relacionándolo con su historia. Entonces el reverie también cumplió una función de amparo mental al proteger de las vivencias

catastróficas de desamparo, transformando el pánico en una emoción tolerable y pensable a través de construir instrumentos para pensar.

Asimismo, hago alusión a Pistier de Cortinas (1999), quien comenta que en el desarrollo de un proceso psicoanalítico, para el analista implica la observación no sólo de la mente en evolución del paciente, sino que también de la observación de lo que transcurre en su propia personalidad. De igual forma “ esto supone dirigirse a los obstáculos que encontramos en nuestra propia mente, en la del paciente y en el vínculo, porque allí es donde anida el dolor y las emociones que requieren transformación y procesamiento psíquico.” (p.184).

Por lo tanto, el trabajo de la contratransferencia fue crucial no sólo en la comprensión del caso, sino que también a lo largo de todo el proceso psicoterapéutico, ya que como señala Green (2001), ésta puede servir como un instrumento muy preciso en la comprensión de los estados fronterizos, de ahí la importancia de tomar en cuenta la cualidad afectiva de la comunicación del paciente y la respuesta interior que provoca en el terapeuta.

Esto me lleva a pensar en Winnicott (1999) cuando comenta que el analista debe de estar preparado para soportar la tensión sin esperar que el paciente sepa lo que está haciendo, quizás durante mucho tiempo. Refiere que para esto, al analista debe serle fácil asumir sus propios temores y odios, así como desplegar su paciencia, tolerancia y confianza como una madre dedicada a su pequeño; debe reconocer como necesidades los deseos del paciente; debe apartar de sí otros intereses a fin de estar disponible puntualmente y de ser objetivo; y debe dar muestras de querer dar lo que en realidad solamente se da debido a las necesidades del paciente.

De esta forma, fue importante “ resistir y sobrevivir” a las reacciones que Saúl ha producido en mí, trabajando de manera constante con mi contratransferencia, además de que como dice Panceira (1999) tuve un espacio de supervisión en donde estuvo presente el holding, pero también un espacio en donde éste fungió la función de reverie, ya que no sólo compartí angustias, responsabilidades, fantasías en un ambiente cálido y confiable, sino que también entendimos estas reacciones, las nombramos, pensamos y analizamos.

De igual manera, el análisis de mi contratransferencia estuvo “permeado” por el artículo de Winnicott (1999) “ El odio en la contratransferencia” de 1947, en donde señala que es importante estar preparados para soportar la tensión sin esperar que el paciente sepa lo que hace, y para ello es fundamental que podamos asumir nuestros propios temores y odios.

De esta forma, trabajé con la operación doble que explica Green (2001) esto es, di un continente a sus contenidos y un contenido a su continente, por lo tanto, el holding de Winnicott y así los cuidados del objeto externo y el container de Bion, que se refiere a la realidad psíquica interna.

Estructurar y trabajar sobre el encuadre, fue otras de las metas terapéuticas, y para llegar a esto fue muy importante ser clara en los tiempos y reglas, verbalizándolo, utilizando diferentes medios (utilicé al inicio del proceso el uso de cartas compromiso para que llegara temprano). Asimismo, el encuadre tuvo la función, como refiere Pechberty (2000) de mojón, de un límite que instituye, marca lugares y tiempos en la relación terapéutica.

Por consiguiente, desde el inicio del trabajo psicoterapéutico de Saúl, fue muy importante verbalizar no sólo las reglas, como el que no se podían romper o llevar los juguetes, o que no nos podíamos pegar o lastimar; sino que también aclarar los

días, horas que nos veíamos, así como los períodos de vacaciones. De igual forma, desde un inicio le dije que todo lo que el me contara se quedaba entre él y yo, y de lo que yo platicara en las entrevistas con sus padres, le haría posteriormente un resumen a él. De ahí que el uso de una caja personal fuera tan importante ya que representó un continente en donde “ se quedaba todo lo que sucedía, lo que sentía, fantaseaba, contaba,” en el consultorio, además de que siempre tuvo un código, así como nuestras huellas digitales con el fin de que únicamente él y yo la pudiéramos abrir.

De esta manera, me parece pertinente hacer alusión a Green (2001) cuando habla de la función de contención y así de constancia el encuadre, ya que mantiene el aislamiento de la situación analítica, la imposibilidad de la descarga, la reducción de todo contacto a la esfera de lo psíquico, la certidumbre de que este pensamiento loco no sobrepasará los límites del consultorio analítico, de que el lenguaje que emplea para que le sirva de vehículo sigue siendo el de una metáfora, la seguridad de que la sesión terminará y otra le sucederá.

Otro de los objetivos psicoterapéuticos fue facilitar el predominio y enriquecimiento del proceso secundario² y la manera en que intervine para lograr esto, fue mediante el uso de intervenciones de tipo verbal, acompañadas por el sostén, el reverie, y el trabajo con la contratransferencia. En el marco teórico hablé sobre las intervenciones que utilicé (Fiorini,1993), aunque considero importante explicar el uso que les di.

² Laplanche y Pontalis(1996) definen al proceso primario como un modo de funcionamiento del aparato psíquico. Desde el punto de vista tópicamente caracteriza al inconsciente. Desde el punto de vista económico-dinámico, la energía psíquica fluye libremente, pasando sin trabas de una representación a otra según los mecanismos de desplazamiento y de la condensación, tiende a recatectizar plenamente las representaciones ligadas a las experiencias de satisfacción constitutivas del deseo(alucinación primitiva). Es la descarga inmediata. El proceso secundario es desde el punto de vista tópicamente caracteriza el sistema preconscious. Desde el punto de vista económico dinámico, la energía es primeramente ligada antes de fluir en forma controlada; las representaciones son catectizadas de una forma más estable, la satisfacción es aplazada, permitiendo así experiencias mentales que ponen a prueba las distintas vías de satisfacción posibles. Lo que se busca es la identidad del pensamiento. Incluye: la atención, el juicio, el pensamiento, el razonamiento, la acción controlada. Cumple una función reguladora, y se ha vuelto posible por la constitución del yo, cuyo principal papel es inhibir el proceso primario.

Realicé preguntas, donde al preguntar puse en acción varios estímulos de cambio, uno es que el terapeuta ejercita con el paciente una constante ampliación del campo perceptivo (por ende, el reforzamiento de una de las funciones yoicas básicas); asimismo, toda explicitación verbal rescata hechos, relaciones del mundo, de lo implícito emocional, al preguntar, posibilité que Saúl comenzara a discriminar entre sus ideas y pensamientos, además de abrir puertas para reflexionar y pensar.

Otra de las intervenciones verbales fue clarificar, que es reformular el relato de tal forma que ciertos contenidos y relaciones del mismo adquieran mayor relieve y muestren un modo de percibir la propia experiencia, y el paciente aprende con ellas a mirar selectivamente, a recorrer la masa de los acontecimientos y de sus vivencias, por consiguiente, incorpora un método dirigido a discriminar para comprenderse. En pacientes con funciones yoicas debilitadas, como fue el caso de Saúl, las clarificaciones juegan durante gran parte del proceso terapéutico un papel muy importante, ya que sientan las premisas para que en algún momento otras intervenciones de tipo interpretativo puedan ser elaboradas, con el fin de relacionar los contenidos conscientes y los inconscientes reprimidos.

Es importante decir que este tipo de intervención la realicé a partir de su juego y verbalizaciones distinguiendo distintos aspectos dentro de los mismos, como pueden ser cuestiones sobre su historia, familia, sentimientos, fantasías, así como distinguiendo entre lo que él fantaseaba y lo que sucedía en la realidad externa.

También recapitulé y resumí puntos esenciales surgidos en el proceso exploratorio de cada sesión y del conjunto del tratamiento, y este tipo de intervenciones estimulan el desarrollo de capacidades de síntesis, de percepción, de reflexión y descubrimiento de relaciones.

Señalar relaciones entre datos, secuencias, capacidades manifiestas y latentes del paciente, fue un tipo de intervención que utilicé con Saúl. Este tipo de intervenciones recortan los eslabones de una secuencia, llaman la atención sobre componentes significativos de esa experiencia por lo general pasada por alto, muestran relaciones peculiares.

Esto me lleva a recordar la metáfora que hace Green (2001) sobre el núcleo del yo de los pacientes fronterizos, diciendo que podrían ser como archipiélagos, que en lugar de percibirlos como islas rodeadas por el océano, podríamos pensar en lonjas aisladas de tierra trazadas por un espacio vacío, estas islas no tienen la posibilidad de conectarse entre ellas.

De esta forma, hay falta de cohesión, falta de unidad y sobre todo falta de coherencia y una impresión de contradictorios haces de relaciones, así, la coexistencia de pensamientos, afectos, fantasías contradictorios del principio de placer, del principio de realidad o de ambas. Asimismo, me parece importante relacionar esto con lo que apuntan Paz, et al. (1976) sobre el yo del fronterizo el cual la comparan con una delicada membrana en donde el proceso primario se “filtra” con facilidad desde adentro, además de que es “agujereada” fácilmente por los estímulos del exterior. Así pienso en las fallas en la represión primaria y en las envolturas psíquicas, que sirven como barrera de protección contra los estímulos externos.

Por lo tanto, a lo largo del proceso psicoterapéutico, trabajé constantemente en relacionar el contenido, pero también la forma, - esto es el cómo-, de su juego, su dibujo, sus palabras, sus conductas, sus fantasías, con su mundo externo e interno, con lo que pasa dentro y afuera de él, y de proveer un continente que actúe a modo de envoltura psíquica y promover los procesos de simbolización.

Basándome en Fiorini (1993), también hice uso de la interpretación del significado de las conductas, motivaciones y finalidades latentes, sobre todo las conflictivas, con el fin de introducir una racionalidad posible allí donde habían datos sueltos, inconexos, ilógicos y contradictorios. Es importante recordar que toda interpretación es una hipótesis y su verificación se cumple como un proceso siempre abierto y jamás terminable, en base al acopio de datos que resulten compatibles con el modelo teórico contenido en la hipótesis.

Considero conveniente citar una parte del artículo de Freud (1937), sobre las "Construcciones en el análisis", donde señala coincidencias entre el trabajo del arqueólogo y del analista:

" Pero así como el arqueólogo a partir de unos restos de muros que han quedado en pie levanta las paredes, a partir de las excavaciones en el suelo determina el número y la posición de las columnas, a partir de unos restos ruinosos restablece los que otrora fueron adornos y pinturas murales, del mismo modo el analista cuando extrae sus conclusiones a partir de jirones de recuerdos, unas asociaciones y unas exteriorizaciones activas del analizado. Y es incuestionable el derecho de ambos a reconstruir mediante el completamiento y ensambladura de los restos conservados"(p.261).

Por otra parte, este tipo de intervenciones también ayudaron a los objetivos de posibilitar el rearmado de su estructura psíquica y el desarrollo de un amplio repertorio de mecanismos de defensas y lograr desarrollar capacidades y defensas yóicas como la simbolización, diferenciación y los procesos de pensamiento. Esto es, porque con preguntas, señalamientos, clarificaciones, elaboración de hipótesis, logramos de manera paulatina que Saúl pensara sobre porqué o cuándo utilizaba cierto mecanismo de defensa, como es la identificación proyectiva, hasta el trabajo con su caja, con el fin de que comenzara a diferenciar lo que está adentro y afuera, lo que es de él y de su hermano, etc.

Me parece importante introducir el concepto de la neogénesis que plantea Bleichmar (1999), ya que este trabajo consistió también en producir elementos nuevos de recomposición y de articulación con el fin de crear algo diferente al

preexistente. Pienso entonces en cómo poco a poco, trabajé mediante la contención, el sostén, las intervenciones verbales, en lograr que hubiera mayor diferenciación entre los distintos sistemas(inconsciente, preconsciente, consciente), pero también en que las fronteras del yo fueran más definidas y por ende, en lograr que esta delicada membrana interna-externa se fortaleciera más, con el fin de que el proceso primario y los estímulos provenientes del exterior no penetraran con tanta facilidad.

Aunado al rearmado de su estructura psíquica, está el fortalecimiento de las instancias ideales(superyó e ideal del yo), en donde fue muy importante trabajar de manera constante y clara con lo que sí se puede y no se puede, con el tema de las reglas, pero también con lo que él quiere ser, con su devenir como sujeto.

De igual forma, trabajé su dependencia hacia los objetos externos y medio circundante, en el sentido de que le señalé, a partir de material que fue trayendo, cómo en un lugar ordenado, limpio, tranquilo, es raro que rompa las reglas, “ que se porte mal”, además de que lo relacioné con su desempeño escolar el cual es excelente; y cómo, sobre todo en su casa y con su hermano, pero también en los momentos en que sentía lastimada su autoestima, su ser, o cuando se sentía amenazado, hacía trampas, transgredía las reglas.

Así, el encuadre y el uso de señalamientos permitieron la regulación de los espacios, de las personas, y por consiguiente que Saúl fuera asimilando e introyectando las normas.

También me parece que para lograr la integración de las partes escindidas, de sus relaciones objetales, y de sí mismo, los señalamientos y las construcciones fueron intervenciones claves. Esto es, fue señalar, vincular lo que aparentemente está desconectado y poner en palabras hipótesis para hilar el pensamiento,

mostrándole cómo, cuándo, porqué hace uso de la escisión, conteniéndolo y nombrando sus reacciones, sentimientos, fantasías.

Asimismo trabajé la ambivalencia ya que como explica Green (2001), los pacientes fronterizos cuentan con una ambivalencia extrema, así como con una gran intolerancia hacia ella, además de que la tendencia de separar lo bueno de lo malo, lo placentero de lo displacentero, y la necesidad de alcanzar una separación en lugar de generar la diferencia entre self y objeto(adentro y afuera, somático y psíquico, fantasía y realidad, bueno y malo) explican el uso de este mecanismo.

Esto me lleva a pensar en cómo Klein (1974), en su artículo “ Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé” (1952), señala que no sólo la escisión, sino que también la negación, idealización, y el control de objetos internos y externos, son utilizados por el yo con el fin de neutralizar la ansiedad persecutoria, pero que se siguen utilizando en la posición depresiva, con el propósito de neutralizar la ansiedad depresiva.

El artículo de Joan Rivière(1974), “Sobre la génesis del conflicto psíquico de la primera infancia(1936)”, me ayudó a entender parte de lo que sucede en el psiquismo de Saúl, en su mundo interno y externo. Señala “la internalización completa de personas reales como figuras queridas y protectoras, requiere el abandono de este método de defensa de escindir los sentimientos, y los objetos en buenos y malos (p.70).” Esto es, que los sentimientos, sean de odio o de amor hacia la madre se dirigen a la persona real, a la “mamá misma”, la cual es amada y odiada al mismo tiempo, sintiendo el niño que la ha atacado por su agresión incontrolable.

También implica la tolerancia de los sentimientos buenos y malos al mismo tiempo, debido a que el amor por el objeto necesita que la agresión y el dolor, que antes eran proyectados fuera del Yo, sean soportados dentro en forma de culpa. De

esta manera, la fusión de lo bueno y lo malo en uno, es el conflicto de la ambivalencia, conflicto que las defensas previas habían tratado de impedir, ya que significaba que el objeto bueno desaparecería y se transformaría en objeto malo. En seguida refiere:” Sólo si la experiencia ha probado suficientemente que el amor es más fuerte, los dos sentimientos pueden mantenerse juntos en relación con una persona real, y no ser nuevamente muy separados en la fantasía (p.70).” Sin embargo, la confianza en el amor es puesta a prueba, ya que el amor por alguien que ha sido dañado produce el dolor de la culpa, y el niño, o cualquier otra persona que tenga demasiado miedo al dolor interno, tendrá dificultades en soportar este dolor, el cual es el dolor de su propia agresión hacia los otros, vuelto hacia dentro y sentido por él mismo en sí mismo por identificación.

De esta forma, considero que la intervención psicoterapéutica ha englobado estas palabras: discriminación, establecimiento de nexos, diferenciación, integración, simbolización, asociación, impregnadas constantemente por las palabras de sostén, contención, trabajo de la contratransferencia y el encuadre. Un trabajo de “arqueología” y un trabajo de cuidadoso “engarzamiento” de este collar de perlas.

Capítulo V. Proceso psicoterapéutico

Presento el proceso psicoterapéutico mediante cuatro sesiones, donde muestro la transcripción de sesiones y posteriormente el análisis, compuesto por preguntas, reflexiones articuladas con el marco teórico. También incluyo un recorrido de aspectos importantes que sucedieron en otras sesiones y hablo de los avances terapéuticos.

Sesión 1

Fecha de la sesión: 17-10-06

Llegó al consultorio y me saludó de una manera formal, "buenos días Doctora."

Me presenté y le dije que era psicóloga. Después le pedí que se presentara, dijo su fecha de nacimiento y al decir el año en que nació comentó "en cualquier año." Expresó que le gusta que le digan "Saúl", que su hermano Ulises le diga "mi pequeña lagartija o el chavo." Su padre y su madre le dicen "Ulisaúl".

A veces sí me veía a los ojos, se movía mucho, sobre todo los pies, a veces tocaba el escritorio con sus manos y se reía.

Comentó que le va muy bien en la escuela, va en sexto de primaria y dijo que obtuvo un diploma por el primer lugar. Se describió como "el más aplicado." Refirió que le gustan mucho las materias de geografía, ciencias naturales y la botánica.

Posteriormente le pregunté si sabía porqué estaba aquí, al principio dijo "no sé", después "que me porto mal,... por mal comportamiento", también dijo "aquí tú les dices lo que ves, para que me den pastillas para calmarme."

Después, cuando le dije que sí él creía que se portaba mal, expresó que a veces siente "ansias de pegarle a Ulises" y que con su papá "a veces hay problemas", y que piensa que su papá está del lado de Ulises y que así es "todos los días, es un problema y se va haciendo grande, grande."

También le dije que qué imaginaba que hacía yo y primero dijo que yo daba pastillas, ante lo cual le dije que no. Después comentó: "das consejos, juegas, observas los ojos," y después repitió varias veces "psicóloga, psicóloga" y volvió a decir lo de los ojos.

Asimismo, le dije que este era su espacio ante lo cual él dijo, "sí, es mi espacio estelar, en donde hay planetas, pero a veces no puedo respirar."

Le dije que su padre me había dicho que le gustaba dibujar y le ofrecí dibujar. Tomó una hoja y dibujó una montaña, también una luna con un gorro de dormir. Dijo que había también un río, nubes y que era de noche, y todos estaban dormidos, menos una montaña que estaba platicando:

"bla, bla, bla, que no moleste él a ella, que no la moleste, ella se enoja,.. Grita fuerte, todos se despiertan,. ¿Qué pasa, qué pasa? Una montaña dijo, "es que me hizo enojar, por eso grité", pero de repente por acá se ve el sol, se va a poner y enfrente está la luna,.. sigue durmiendo. El río empieza a gritar mucho, y empieza a dormir. Todos están dormidos de nuevo, colorín colorado, este cuento se ha acabado."

El cuento se llamó "Cuando despiertan y cuando duermen."

Le pregunté que porqué se enojó la montaña y dijo: "porque le gritó muy feo, la otra estaba molesta y la montaña soñaba con su novia. Grita la otra y le dijo: "que no molestes". "Se enojó y gritó fuertísimo, hasta vino un perrito a ver que pasaba:" qué pasa, qué pasa" y los árboles la callaban.

Posteriormente, tomó la goma y el lápiz y se puso a construir algo con éstos. Le pregunté si le gustaba construir y me dijo: "sí, mucho, con todo, con juguetes, fichas,

casa." Mientras volteaba a ver las cajas con juguetes, le pregunté "oye, ¿qué crees que haya en las cajas?". Contestó, "usted encerró ahí a los platillos voladores", yo le pregunté "¿te gustan?", él contestó que no "porque destruyen a la gente" Siguió observando los juguetes y le pregunté si quería jugar ante lo cual contestó con emoción que sí.

Abrió las cajas, eligió el maletín y dijo "vamos a jugar con los bomberos," "yo tengo el anillo del Dr. Emblemático." Fue sacando todos los juguetes del maletín con calma, leyendo, y explicando para qué era cada cosa. Sacó al Max Steal y expresó "ayy, se cayó de un edificio." Dijo que se cayó porque estaba con su disco (un instrumento que tiene este muñeco), y se cayó, después le dio unas pastillas "para la garganta, le inyectó "todas las vacunas para que esté bien." Tomó unos lentes y dijo "mmm, todos los huesos, no están rotos, bueno sí el fémur..., comienza la operación, ya está bien, ya está bien."

Le dije que faltaban cinco minutos y que había que recoger, reaccionó ayudando a recoger poco a poco. Al final me dijo "muchas gracias Doctora."

Análisis Primera entrevista

En ese momento hubieron distintos aspectos que llamaron mi atención, por lo realicé preguntas, las cuales considero sirvieron para el análisis del caso.

Uno fue la respuesta de que "nació en cualquier año", por lo que me pregunté ¿qué sucede con la temporalidad y con el proceso secundario? O ¿se trató de una reacción ante mis preguntas? Esta respuesta me pareció extraña y me hizo sentirme confundida.

Considero que el proceso secundario del pensamiento fue inundado un momento por el proceso primario, lo cual pudo haber ocasionado la falta de coherencia y de lógica en su respuesta. También me pregunté si esto no se debió a la angustia que pudo haber sentido durante la entrevista, además de aquella que ya sentía por la hospitalización de su madre, quien como ya dije, presentaba una cardiopatía .

Otro de los elementos que me llevaron a preguntarme fue el que le digan "Ulisaúl", mi pregunta fue ¿ qué pasa con la diferenciación, y así con su identidad y

su ser? ¿por qué los padres los vuelven uno? Es importante decir que también sentí confusión ante esto, y durante varias sesiones no sentía correspondencia entre su nombre y su cara, asimismo, durante la supervisión varias veces lo confundía con el nombre de su hermano, y esto también le sucedió a mi supervisora.

Su hermano fue un tema que apareció en varias sesiones, desde la cuestión de su relación, la cual llegó a ser violenta, hasta los sentimientos de Saúl hacia éste, tales como celos, envidia, coraje, miedo de parecersele. Asimismo, esto fue reportado por sus padres durante las primeras entrevistas, pero fue un tema recurrente a lo largo del proceso psicoterapéutico, ya que en varias ocasiones la madre o el padre hablaron sobre cómo “ Saúl quiere borrar del mapa a Ulises,” o sobre cómo Saúl “siempre ha sido muy celoso.” Es importante decir que en las primeras entrevistas los padres casi borran a Saúl y hablaban sobre éste como si fuera Ulises.

Durante las entrevistas con los padres, éstos hablaban a veces de manera indiferenciada de Saúl o Ulises, o sino, al preguntarles por Saúl me hablaban de Ulises, lo cual me hacía sentirme confundida, desesperada y en ocasiones ansiosa. De esta forma, parte de mi reflexión estuvo enfocada hacia los límites, hacia las reglas, tanto internas y externas, tanto en lo inter como en lo intrasubjetivo. Esto es, en cómo la familia ha funcionado, en cómo hay confusión en su discurso, en cómo en casa no ha habido constancia en el trato a sus hijos ni en la percepción que tienen de ellos.

En cuanto a lo intrasubjetivo, me parece que en ese momento el aparato psíquico de Saúl no contaba con fronteras del yo definidas, y por lo tanto, el proceso primario penetraba con facilidad al aparato psíquico. De esta forma, había fallas en

las reglas, y así, con base a sinónimos de esta palabra, como: -estatuto, ley, orden, guía, norma, rutina,- reflexioné constantemente sobre el interjuego entre lo externo y lo interno, y sobre la manera en que Saúl ha sido criado(tocado, alimentado, educado, amado, etc.), y la forma en que los padres han podido hacerse cargo de él, y cómo esto ha influido en su estructura de personalidad, en cómo maneja sus impulsos y angustias, en cómo se defiende ante lo que le causa dolor.

En el discurso de los padres encontré el uso de la escisión en el sentido de que hablan de Saúl “ como el más inteligente y de Ulises “como alguien que no está muy bien, o no es muy inteligente,” o sino refieren, de una manera inconstante y contradictoria, que “ Saúl está muy , muy mal,” y que Ulises “ muy bien”, o a la inversa también.

Por lo tanto, observé que había una falta de diferenciación así como mucha confusión, lo cual ocasionó que Saúl, en la sesiones de Enero-Mayo 2008, expresara miedo a la locura, a que lo internaran en el Juan N. Navarro como a su hermano, pero también en las primeras sesiones odio y enojo hacia Ulises.

En cuanto a su motivo de consulta me pregunté qué quería decir “ por mal comportamiento” y de esta forma me pregunté: ¿ Qué sucederá con las instancias ideales, con el superyó? ¿Qué significará el “portarse mal” desde lo intra e interpersonal? ¿Por qué y para qué portarse mal? Esto lo uno con la otra parte del motivo de consulta que es que le daban “ ansias de pegarle a Ulises”, ¿ Qué sucederá con la relación entre hermanos y con su control de impulsos?

Me parece que el “ portarse mal” está ligado al funcionamiento del superyó, y al funcionamiento en general del aparato psíquico, desde lo dinámico hasta lo

estructural. Esto es, sí hablamos del superyó, pero hipotetizo de que no ha habido una adecuada introyección de las restricciones, y me pregunto si el funcionamiento de esta instancia no se ve afectada por el nivel de angustia que presenta Saúl, y por la dinámica familiar.

Esto me lleva a reflexionar acerca de lo intersubjetivo y de lo intrapsíquico en relación al motivo de consulta. En cuanto a lo interpersonal, con base a las entrevistas tanto con sus padres como con Saúl, me percaté que no hubo constancia en cuanto al establecimiento de límites ni al afecto. Las relaciones con sus padres han estado cargadas de violencia tanto física como verbal, y esto ocasionó que Saúl creciera con miedo hacia las figuras primarias y de autoridad.

En lo que se refiere a lo intrapsíquico, considero que es pensar acerca del funcionamiento del aparato psíquico, de las fallas en la represión, entre lo que sí se deja pasar y lo que no. Esto lo vinculo con la inquietud que observé en esta primera entrevista y con la risa, la cual tenía un tono de nervios, pero como “pintada” con cierta “locura”, además de que ese momento la percibía desligaba, descontextualizada, y sí sentí miedo y confusión.

En cuanto a la percepción que observé que tuvo de mí es que yo “les digo lo que veo” y que “observo a los ojos”, por lo que hipoteticé la presencia de angustia paranoide (fue preguntarme ¿a quiénes les digo lo que veo según Saúl? ¿“qué veo” según él?). También me pregunté quiénes eran las personas a las que yo les diría lo que veo, y qué quería Saúl que yo les dijera. Por otro lado, me vio como alguien que daba consejos y con quien podía jugar, por lo que también hubo una demanda de algo, como puede ser de atención.

Cuando dice que yo encerré en las cajas a los platillos que no lo dejan respirar me pregunté ¿ cómo percibe a su ambiente y también me pregunté qué no lo deja respirar, qué de su mundo interno lo hace sentirse así? Asimismo, considero que la hospitalización de su madre era un hecho que en ese momento le provocó angustia intensa, y estaba ligada a la posible pérdida real de su mamá. Ante este tipo de momentos ligados con la separación, Saúl reacciona con angustias depresivas y persecutorias(de pérdida, aniquilamiento, intrusión).

Me parece que Saúl sí cuenta con recursos que le permiten enfrentar sus problemas o al menos no desestructurarse tanto, uno de ellos es el gusto por la escuela y que cuenta con un desempeño muy bueno. Asimismo, en la historia hay coherencia y estructura. Por lo tanto, me pareció pertinente reflexionar sobre los momentos en que se encontraba más tranquilo y también sobre los momentos en que era invadido por la angustia, así como reflexionar con él sobre su propia historia.

Esto lo relaciono con lo referido por el padre en cuanto a que en casa es donde “se porta mal” pero en la escuela se porta bien y saca dieces. De esta forma, el ambiente es crucial para Saúl, y a veces hasta determinante de su conducta.

En cuanto a su actitud, en esta sesión lo percibí formal y cooperador aunque su inquietud me llamó la atención y en ocasiones me la transmitió. Asimismo, pensé sobre el motivo de consulta tanto de su padre como de él, ya que no observé conductas retadoras y al contrario, respetó las reglas y se mostró cooperador, lo cual me llevó a preguntarme si aparecerían las conductas de “mal comportamiento” en las demás sesiones.

A nivel contratransferencial, y revisando las notas, escribí que me había caído bien, que me había gustado su manera de simbolizar, aunque recuerdo que sentí angustia, en ocasiones confusión y la sensación de “algo raro”. Asimismo, sentí miedo, por ejemplo cuando dijo varias veces “ psicóloga, psicóloga”, y cuando habló sobre los platillos voladores y sobre los planetas que no lo dejaban respirar. En general sentí angustia ya que no sabía a qué me estaba enfrentando, pero sí sabía que estaba sintiendo algo raro, que me confundía, y pensé en un funcionamiento psicótico.

Esto lo ligo con lo que describí sobre su risa, ya que esta sensación de “algo raro” también tuvo tonos de “ algo bizarro”, “algo loco.” Por lo que me parece pertinente hacer alusión a Green (2001) cuando señala que la contratransferencia puede servir como un instrumento muy preciso en la comprensión de los estados fronterizos, de ahí la importancia de tomar en cuenta la cualidad afectiva de la comunicación del paciente y la respuesta interior que provoca en el analista.

En esta sesión, por lo tanto, me di cuenta que Saúl estaba sufriendo, que presentaba angustia y miedo, y que era muy importante trabajar con la contención, el sostén, y así sobre la disminución de su sufrimiento y su angustia. En supervisión reflexionamos acerca del tipo de intervención y el plan a seguir con Saúl, el cual consistió en aplicar las pruebas proyectivas que habían sido solicitadas por Psiquiatría, pero con fines no sólo de evaluación sino también utilizarlas terapéuticamente.

Un recorrido de octubre 2006 a febrero 2007...

Considero pertinente realizar un breve recorrido acerca del proceso psicoterapéutico en las sesiones de octubre a diciembre del 2006. Pienso que hubo un predominio de una fuerte ansiedad ante la separación y de tipo persecutorio(de

aniquilación), con la presencia de fantasías de tipo bizarro y una fluctuación del proceso primario de pensamiento al secundario. También es importante decir que en casi todas las sesiones tocaba la puerta y después se escondía, y al yo decir “buenos días,” u “hola Saúl” se asomaba, a veces saludándome de regreso, otras asustándome; en varias ocasiones sí llegué a sentir miedo. Al pedirle que me contara porqué hacía eso, en una ocasión me dijo “es que me gusta asustarla, siento rico, me río de cuando se asustan.”

Esto lo relaciono con lo que señala Chabert (2000) acerca de las problemáticas relacionadas con la ausencia y pérdida del objeto, y por ende a la permanencia de las representaciones de esos objetos dentro de la psique, por lo que me pregunto si este juego de esconderse tenía que ver con una fantasía de él en relación a que si yo lo iba a encontrar, si iba a estar para él.

Por ejemplo, el la **sesión 4** (7/11/06) comentó que su madre ya había salido del hospital, y expresó que la extrañaba, que quería que le lavara sus cosas, y después refirió: “ya no, que ella no me lave nada...Quiero que me quiera.” Posteriormente comentó, “yo quiero estar con usted todo el tiempo, el mundo, la noche y la madrugada.” Ante esto, mi reacción fue estructurar en el sentido de que le recordé el día y la hora en que no veríamos, sentí invasión y hasta me vino a la mente una imagen de mi yendo en mi coche y de pronto aparecía Saúl detrás. Pienso así en Nathan (2004) cuando señala que en la transferencia, estos pacientes expresan de manera clara su expectativa fusional .

También habló de un sueño con un monstruo y le pedí que platicara sobre éste, dijo que “a veces lo ve”, le pregunté que en dónde y respondió: “en mi mente, pero a veces en las paredes en la noche.. lo veo, lo imagino.” Asimismo contó de un monstruo cuando tenía 4 años: “estaba en mi cama, pensaba que había un

monstruo debajo de mi cama, era una ratita, era mi ratita Doris y Ulises la aplastó.” En esta sesión expresó que le daba miedo platicar de los monstruos y después me dijo, “ yo confío en usted, usted guarda mis secretos”, ante lo que le respondí que sí, que me podía decir todo lo que él pensara, sintiera, y que se quedaría en la sesión, entre él y yo.

En la **sesión 6** (21/1106) me pidió si podíamos ver la fecha del 13 de abril del 2007 ya que es día “ iba a revivir Jason(personaje de una película de terror) en los Dinamos; me dijo que una vez lo vio cuando tenía 8 años, luego que a los tres y que no sabía “ si era de verdad o de plástico.”

También dijo: “ yo quiero mucho a mi mamá tanto que me sacrificaría, que me corten la cabeza.” Otra de las características que predominaron, fue que la contratransferencia era muy intensa, con sentimientos de confusión y miedo, así como con la imposibilidad de pensar; también sentía en ocasiones caos y descontrol en su discurso, sobre todo en momentos de angustia, y los temas estuvieron cargados de la violencia que ha vivido por parte del padre, de la violencia que hay entre hermanos, pero también de la violencia que él se infringe a sí mismo: “ cuando me pegan Ulises y mi papá, a veces me quiero pegar yo solo.” La sesión finalizó con Saúl jugando a una carrera que iba narrando y dijo” “ el carro está loco, está corriendo solo, se va a voltear.”

En estas sesiones no observé conductos disruptivos, al contrario, se mostró sumamente educado, aunque lo que sí trabajé y seguí trabajando constantemente fue el tema de la puntualidad, vinculado con las reglas.

De enero a febrero del 2007 apareció el tema sobre las reglas, ahora asociado con el perder y ganar en los juegos. Asimismo, comencé a hablar sobre cómo se ve él mismo, cómo ve a sus padres, empezando a señalar sus mecanismos

de defensa, como es la identificación proyectiva, por ejemplo mostrándole cuándo lo utilizaba y por qué.

También inició a hablar sobre alguna de sus emociones como el enojo, la desesperación, sobre las angustias(de separación y de aniquilación¹), de igual manera apareció el sentimiento de abandono. El tema sobre el vínculo con sus padres siempre apareció, y el cuestionamiento sobre la seguridad y el sostén que le han brindado ellos.

Por ejemplo, en la **sesión 9** (9/01/07) trabajó con plastilina, contó muy contento de que fue con su mamá a ver la película “ La Marcha de los Pingüinos”. Después, al preguntarle sobre otras figuras de plastilina que había hecho dijo “ se murieron”, y relató un episodio en que su padre le “ destruyó sus figuras” e inmediatamente habló sobre un asesino que “mataba viejitas” y que fue electrocutado por los crímenes que cometió.

El tono de la sesión durante este momento fue de miedo, de escenas terroríficas, llenas de violencia y de destrucción. Posteriormente dijo que estaba “aumentando la plástica” y le pedí que me contara la historia del pingüino, del cual dijo que: “vivía solito, pesca, lo abandonaron al pobre, él se consigue su comida, tienen como cinco años que al final mueren sus padres.” Refirió “ le voy a dar este pingüino a mi mamá... si es que viene, a lo mejor me dejó.. no, no es cierto.” Le pedí que me contara si alguna vez si había sentido esto y dijo que sí, cuando se pelean Ulises y él y su mamá dice que “ se va a ir.”

En cuanto al tema sobre las reglas, en la **sesión 14** (13/02/07), al estar jugando un juego de mesa (Mucha Lucha), expresó “Ay Dra. es que duele perder,” y

¹ Angustia de aniquilación: Klein(1974) habla sobre las angustias durante la posición esquizo-paranoide, y una de ellas se vincula con el temor a la aniquilación, que tiene que ver con la destrucción, la muerte, el “exterminio.”

al preguntarle que cómo dolía dijo que “por dentro.” En esta sesión utilicé señalamientos y construcciones para ir posibilitando que él reflexionara sobre sí mismo; en varios periodos cayó en una casilla en donde uno puede representar o actuar como uno de los luchadores, utilicé la ocasión para mencionarle: “ mira, veo que te gusta representar a distintos personaje y aquí en el consultorio he conocido a distintos Saúles: el formal, el educado, el que le gusta dibujar, el que se tranquiliza al dibujar o al trabajar con plastilina, el que a veces hace trampa, al que a veces le cuesta trabajo respetar las reglas, el que me habla con mucha fuerza de sus monstruos, el que quiere que su familia esté unida, el que también se pelea con Ulises. . .Y a todo esto él decía” mi, mi.” Después le dije: “ y todo esto eres tú, estas distintas partes(se reía, mirando abajo). Comentó: ” sí, Saúl.”

Asimismo, me dijo que yo representaría a Buena Niña (en el juego de mesa “Mucha Lucha”) y al preguntarle que cómo era me dijo “ ella dice la verdad a todos”, por lo que pensé si tenía que ver con la relación transferencial y así con un deseo o demanda de él de hablar sobre “ la verdad” o su historia.

Por otra parte utilicé una caja de juguetes y Saúl le hizo un código que sólo él y la terapeuta “saben”, herramienta que comenzó a posibilitar que se sintiera más seguro para hablar sobre sus monstruos (que siguieron apareciendo, y le facilité que hablara de ellos y de lo que sentía), sus miedos y que los dejara en ese lugar.

Avances terapéuticos

En este período, considero que el mayor avance terapéutico fue que disminuyó la ansiedad y el sufrimiento con los que llegó Saúl. También logré que se sintiera seguro y contenido en el espacio psicoterapéutico lo que ayudó a que pudiera hablar sobre sus fantasías, sus monstruos, sus miedos, sus angustias. De igual forma, pienso que el uso de su caja posibilitó que Saúl sintiera que su intimidad

estaba segura, contenida, pero también que todos estos “monstruos”, todo este sufrimiento se quedaría, metafóricamente hablando en su caja, la cual únicamente él y yo la podríamos abrir.

Saúl pudo sentir confianza, de esta forma aceptar la seguridad profesional del marco terapéutico, y en el relajamiento del que habla nos habla Winnicott (2005).

Aunado a esto, considero que comenzó a ampliar su espectro de representaciones y simbolizaciones de redes asociativas, de ligar afecto con representaciones y necesitar menos, de esta manera, descargar su excitación o malestar interno a través de identificaciones proyectivas o actuaciones. Por lo tanto, a reproducir mejor el ambiente “extraño”, raro de sus sesiones.

Sesión 18

Fecha de la sesión: 27-03-07

Fue una sesión difícil de estructurar, recordar y escribir en la que sentí el pensamiento confuso.

Llegó puntual, toca la puerta, no responde y después entra. Me entrega una manzana , toda “mayugada”, con partes aguadas, podridas,: es para usted, es que es envenenada, la madrastra se la dio a Blanca Nieves.”En ese momento me sentí asqueada y agredida. Le señalo lo de la manzana y me dice” no, no es cierto” y me hace un cucurucho pintado con flores para que de ahí tomara agua. Le hago ver cómo al principio llega con la manzana envenenada y después me da el vaso con agua y dijo” sí.” Le digo, “ a veces uno a la misma persona le ve cosas buenas y malas, por eso quizás me quisiste primero envenenar con la manzana y luego salvar con el agua.

Hablamos sobre el medicamento y dijo que le daban sueño. Me preguntó si la Psiquiatra me mandaba y le expliqué que trabajamos en conjunto y que si quiere le puedo ayudar a preguntarle a su Psiquiatra sobre el medicamento. Dijo que le dan el medicamento para que se porte bien, “para que no me pegue mi mamá.”

En otro momento dijo: “ La Dra.(Psiquiatra) me ve como un monstruo, por eso me da medicinas. Yo le dije” ¿sientes que alguien más te ve así?”, y respondió” no, yo me veo así.”

Después cuenta que iban a internar a su mamá, le digo” no que se iban a ir a Mérida(se acercaban las vacaciones de semana santa) y me dice, bueno, no, “es que vi triste a mi mamá porque uno de sus hijos se está separando.” Le digo” a lo mejor esto te recuerda cuando estuvo en el hospital.” En otro momento me cuenta que le gusta provocar a su mamá cuando le digo que su mamá me dijo que no se tomaba el medicamento:” sí, me gusta ver cómo se pone, que le dé miedo.” Yo le señalo” oye Saúl, quizás a veces tú puedes sentir miedo y a veces es tanto que prefieres que la persona que está contigo lo sienta, conmigo también lo haces cuando me asustas, por ejemplo.” Dijo:” sí, me gusta.” Después digo, “pero a veces es tanto que también te pegas,” y dijo” sí, lo he hecho.” Al final le dije que en el carnet estaba mi teléfono y que me podía llamar si lo necesitaba.

Análisis sesión 18:

Me parece importante escribir lo que sentí en ese momento, ya que me fue muy difícil estructurar la sesión, contratransferencialmente sentí: “Sentí confusión, agresión, que me retaba, como que ya empezaba a mostrar la parte agresiva, transgresora. Nunca me había costado tanto trabajo escribir, ordenar, estructurar la sesión. Fue una sensación como cuando se sueña, como todo “revuelto”, sin principio ni fin, sin orden. Siento el pensamiento completamente confuso, me sentí atacada (“envenenada”), como si me hubiera metido todo su miedo, dolor, tristeza, sentimiento de aniquilamiento, de inferioridad.”

Cuando me dio la manzana, sentí miedo y bastante asco, también me sentí confundida. En esta sesión aparecieron distintos temas a analizar y uno de ellos es la contratransferencia, la cual fue intensa y con presencia de identificación proyectiva. Otro de los temas fue su relación con el medicamento, con la Dra., con su mamá y conmigo, por ende, con la figura femenina, materna.

Al darme esta “manzana envenenada”, que se la dio la madrastra a Blanca Nieves, me pregunto si en ese momento yo fui Blanca Nieves y quién la madrastra, ¿su madre, la Psiquiatra, o fue una manera de pedirme que yo me quedara con todo lo malo que le sucedía interna y externamente?

Esto lo vinculo con la **sesión 19** (mediados de abril) en donde contó que su madre se desesperaba con él y que cuando él se enoja le dice “madrastra.” Después vio un “huevo de playdough”(masa) y dice “es un huevo disfrazado, es un *huevoogro*, mi mamá también es un ogro cuando se enoja.” En cuanto a lo de la madrastra le pregunté que qué es y dice “ cuando se muere la mamá es la sustituta.”

Al señalarle que me había dado la manzana envenenada dijo, “ no, no es cierto” y enseguida me dio un cucurucho con flores para que de ahí tomara agua. Me pregunté si fue un intento de reparación, si sintió miedo de dañarme.

Posteriormente introduje el tema sobre el medicamento y me doy cuenta que él lo percibía como algo que le daban para portarse bien, y de esta forma, él pensaba que si se portaba “bien” su mamá no le pegaría, o bien la presencia de confusión entre él y su madre.

También pienso que Saúl pudo hablar sobre sus fantasías en relación a su Psiquiatra y a mí, por ejemplo si ella me manda o no; y también sobre el medicamento ya que me planteé la hipótesis de que quizás él podía sentir que se envenenaba con el medicamento. De igual forma hipoteticé sobre cómo nos percibía, si en ocasiones, debido a la escisión, percibía “ mis partes buenas y malas” como separadas, por ende, como dos personas diferentes, “la Dra. Tamara mala” y la “ Dra. Tamara buena” como dos personas distintas.

Considero importante que pudo expresar cómo sentía que su Psiquiatra lo veía a él, “ como un monstruo” y que por esto le daba medicinas. También pudo decir que él se veía a si mismo como un monstruo, por lo que pensé en las distintas miradas de sus padres sobre él: como alguien con inteligencia privilegiada, pero a su vez como alguien “ que no iba a ser normal”(como es el caso del padre, que dijo que desde que lo vio gateando vio que no “ iba a ser normal”); y del lado de la madre, en cómo describió a Saúl cuando no tomaba las medicinas, y también en la descripción que hizo de cuando Saúl tomaba pecho, “ que se le prendía”.

El tema sobre los monstruos apareció en varias sesiones, sobre todo en las primeras. Pudo decir que a veces veía un monstruo y al preguntarle que en dónde,

dijo que en su cabeza, pero que también había soñado que un monstruo se comía su cabeza.

Saúl se encontraba angustiado por diversas razones, una de ellas el medicamento, vivido como veneno, otro era cómo veía a su mamá en ese momento, y otro fueron las vacaciones de semana santa, por lo tanto, todos temas ligados a la separación, lo cual, si la angustia es muy intensa para él, se reactivan elementos persecutorios, como el constante uso de la identificación proyectiva, de la escisión, o cuestiones paranoides como es que lo podían envenenar con el medicamento, un contenido de la ansiedad que aparece en la posición esquizoparanoide, como señala Klein (1976) en “Notas sobre algunos mecanismos esquizoides” (1946).

En esta sesión pudimos hablar de los momentos en que retaba o provocaba, por ejemplo cuando su madre le daba el medicamento o cuando me asustaba. Pude mostrarle porqué y cuándo utilizaba cierto mecanismo de defensa como es la proyección, la identificación proyectiva, y la descarga o el castigo cuando él se lastima a sí mismo.

Al final le dije que atrás del carnet se encontraba mi teléfono y que me podía llamar si lo necesitaba, ya que se acercaban las vacaciones y así un momento de separación. Realicé dicha intervención con el fin de contener su angustia, y de que, mediante el carnet, tuviera presente que nos volveríamos a ver.

En esta sesión realicé preguntas con el fin de que hablara sobre si mismo y también señalamientos para que pudiera ir relacionando hechos que en apariencia estaban desconectados, que no tenían ningún sentido con aspectos de su vida.

Me parece que en esta sesión utilicé la función de reverie de Bion, en el sentido de que no reaccioné ante su angustia de una manera violenta ni impulsiva, sino que lo escuché, pero también escuché mis reacciones contratransferenciales,

tales como el miedo, angustia, asco, confusión, tristeza, sensación de que “me metió algo”, con el fin de ponerle palabras a todo lo que expresaba.

Asimismo, considero que cuando al final le recordé lo del teléfono, le mostré que con todo y su agresión, “sus ganas de envenenarme” o destruirme, no lo iba a dejar, que yo estaría en el consultorio la próxima sesión, que no me iba a morir y que por ende, estaba “resistiendo a su destrucción.”

Un recorrido de marzo a julio 2007...

En el periodo de marzo a mayo, apareció el tema sobre la medicina y sobre lo que ésta le produce. Asimismo, surgió el tema sobre su madre, quien en ese momento representaba “todo lo malo” y de su padre, en relación al maltrato que Saúl ha sufrido. También trabajamos sobre sus sentimientos hacia sus padres y cómo los percibe, además de que continué señalando sus mecanismos de defensa, con el fin de que pudiera reflexionar sobre su historia, sobre sí mismo y sus vínculos.

Saúl a ***principios de marzo*** le dibujó una llave, una cadena y un código a su caja, del que dijo que sólo él y yo la podríamos abrir. Me parece importante decir que parte del código incluía las iniciales de su nombre, por lo que parece que era una manera de diferenciarse de su hermano. A ***finales de marzo*** propuso que los dos pusiéramos nuestras huellas digitales en la caja “para que sólo los dos la podamos abrir.”

En cuanto a la medicina, refirió: “es asquerosa, me duermo, me aterroriza, me dormí en la escuela y me regañaron.”

Por ejemplo, en la ***sesión 18*** (27/03/07), contó que le gustaba provocar a su mamá con la medicina, que le gustaba asustarla, mostrándole la medicina y haciendo “como si se la fuera a tomar” y en seguida tirarla al piso; y que también le

gustaba que sintiera miedo, por ejemplo escondiéndose detrás de un árbol, mientras ella lavaba la ropa y de pronto salir de manera desprevenida y asustarla.

En ese momento intervine de esta manera:” quizás a veces tú puedes sentir miedo y a veces es tanto que prefieres que el otro lo sienta, conmigo también lo haces cuando me asustas, por ejemplo.” Dijo:”sí, me gusta.” Después le señalé, “pero a veces es tanto que también te pegas,” y dijo “sí, lo he hecho.” Esto lo vinculo con las veces en que Saúl relató que se llegó a golpear a sí mismo cuando sus padres peleaban, o también cuando refirió que mordía fuertemente un mecate cuando se sentía enojado o asustado.

Asimismo, las autoagresiones, me hacen pensar en el mecanismo de la vuelta sobre sí mismo, el cual es uno de los cuatro destinos de la pulsión, junto con la transformación en lo contrario, y posteriormente la represión originaria y por último la sublimación (Bleichmar, 1999).

Laplanche y Pontalis(1996), basándose en el texto de Freud (1915) de “Las pulsiones y sus destinos”, ponen énfasis en que la transformación en lo contrario y la vuelta sobre sí mismo(los cuales son procesos) se encuentran íntimamente ligados entre sí. De manera general la vuelta sobre sí mismo es un proceso por medio del cual la pulsión reemplaza un objeto independiente por la propia persona, y la transformación en lo contrario es un proceso en el que el fin de la pulsión se transforma en su contrario, al pasar de la actividad a la pasividad.

Lo ligan con el sadismo-masoquismo en donde la vuelta del sadismo al masoquismo, implica el paso de la actividad a la pasividad y una inversión de papeles entre el que inflige los sufrimientos y el que los soporta. Este proceso puede detenerse en una fase intermedia, en el cual existe una vuelta hacia la propia

persona(cambio de objeto), pero el fin no se ha vuelto pasivo sino que reflexivo, por lo que se hace sufrir a sí mismo.

Así, otros de los temas que aparecieron fue el que concierne a cómo reaccionaba ante el miedo y el enojo, facilité que hablara sobre la autoagresión, en la cual refirió, como ya se dijo que “ se pegaba, o mordía un mecate cuando se desesperaba o enojaba.” En la **sesión 19** (17/04/07), a mediados de Abril, hablamos sobre este tema y dijo que se “ acordaba de algo a los dos”, y yo le dije “¿te acuerdas algo de los dos?” y dijo “ bueno, como a los seis, estaba con unos amigos, y me pegué en una cama.” Le dije “ pienso que a lo mejor no sabes bien qué te pasa, sientes dentro algo como enojo, nervios...” y él “ sí dentro pasan muchas cosas.”

En la **sesión 22** (15/05/07) Saúl se acercó al arenero y al preguntarle qué sentía, comentó:“Es el cariño de mamá, que me cuida. Que me da cariño, comida, que me quiere.” Posteriormente metió a unos soldados y dije que uno de ellos era un soldado mexicano que había matado a George Bush “por ser malo y gringo”, y en un momento en el juego grita uno de los soldados y dice “¡ayuda!” Le pregunté si él había gritado alguna vez así y dijo: “Sí, una vez que gritaba mamá, tenía hambre y ella no llegaba.” Indagué la edad aproximada de este evento y respondió “Como ayer..,” ante lo que yo le dije : “ Así te sentiste cuando eras chiquito.”

En este fragmento observamos cómo, si Saúl se ve invadido por la angustia, o por algo muy doloroso, el proceso secundario se puede ver invadido por el primario, por ende, la temporalidad se ve afectada, y no hay lógica, y sí la presencia de la atemporalidad, además de que durante ese momento el tono, el ambiente de la sesión fue de confusión, y como si estuviera en un sueño, donde todo estaba mezclado.

Después jugó a esconder y escarbar en el arenero y preguntó qué desde cuándo estaba aquí y le dije que desde octubre y él dijo "sí, como desde el 16, Y le dije que le parecía si buscábamos en el calendario, le indiqué que ya eran 7 meses, ante lo que comentó "Sí, muchas cosas." Posteriormente referí: " Sí, así como estamos jugando a desenterrar juntos, hemos ido " desenterrando" aspectos de tu vida, de tus papas, de ti."

Después preguntó que qué seguía después de la secundaria, de la preparatoria y de la universidad también refirió que quería ser químico botánico para descubrir plantas. De esta forma podemos ver el interés por el tiempo y la presencia del proceso secundario, además de una visualización por el futuro, y los ideales, y por su devenir como persona, como adulto, y porqué no, como profesionista.

Considero que esta sesión, nos puede mostrar las fluctuaciones, en un mismo momento del proceso primario al secundario o viceversa, y cómo, si Saúl es contenido y sostenido, hay predominio del proceso secundario. Esto me lleva a pensar en lo que señalan Paz et. al.(1976) de que esta fluctuación difícil de predecir es paradójicamente uno de los aspectos permanentes en la psicoterapia de estos casos.

En junio y julio hablamos sobre las vacaciones, aspecto que mencioné con anticipación abriendo el espacio para que hablara sobre sus sentimientos y también utilicé distintos señalamientos, como por ejemplo, "en tu carnet tienes mi teléfono, me puedes llamar por cualquier cosa." Asimismo, faltó una sesión antes de las vacaciones ya que se encontraba con su tía, le llamé y me deseó felices vacaciones, además de que me preguntó cuándo nos veríamos y cuándo él entraba a la secundaria, también me dijo que su cumpleaños era en agosto.

Saúl comenzó a hablar sobre sus sentimientos hacia las mujeres, y en este caso hablaba de un padre “ muy malo” y de una mamá “ muy buena”, sin embargo en varias sesiones expresó miedo de que lo fuera a regañar por llegar tarde, elemento transferencial que posibilitó que Saúl hablara más sobre sus vínculos, por ejemplo, él me dijo que pensaba que yo lo iba a regañar porque llegaba tarde, yo interpreté :“ como tu mamá o tu papá cuando te regañan cuando haces una travesura o te portas mal.”

En la **sesión 26** (principios de junio), hablamos sobre esta situación, y al final me dejó un pedazo de plástico y también se quiso llevar una estampa de un juego, ante lo que le pregunté “ ¿me quieres dejar algo de ti?” y él me respondió que sí, en seguida le dije”... y también te quieres llevar algo de la sesión, recuerda que tienes mi teléfono en el carnet,” y Saúl respondió” si, por si me enfermo,” ante lo que respondí” o si te sientes triste, inquieto, enojado..”

Relacionado con la transferencia, en esta misma sesión, jugamos a un juego de mesa(El Lince) y al final le cuál de las tarjetas le gustaban más y respondió que las herramientas para curar, le señalé que él me puede ver como alguien que lo cura, “la cabeza y el corazón.” Refirió que también veía así a su Psiquiatra y dijo “ ustedes me enseñan a cuidarme.”

Por otra parte, observé que utilizaba el “ no, no es cierto,” cuando hablaba de algo vinculado con un tema de horror o bizarro, lo cual representó el inicio de una posible diferenciación entre la fantasía y la realidad, entre lo que está adentro de él y afuera de él. En la **sesión 27** (finales de junio) , dijo que tenía sueño por la medicina que le daba su Psiquiatra y refirió” es que la Dra. me va a comer, no, no es cierto” ante lo que sentí miedo, y le hice el siguiente señalamiento” es algo que tu sientes e imaginas, pero que no va a pasar.”

Asimismo, en la **sesión 30** (finales de julio), ya de regreso de las vacaciones, habló sobre temas de miedo, haciendo alusión a la película “ El Payaso Eso,” y después dijo “ es que voy a matar al payaso Eso en Tepito y va a revivir, no, no es cierto Dra.” Le pregunté si le había sucedido “algo” y relató que se había ido a Tepito solo en la noche y que había llegado tarde, además de que había perdido su celular. Interpreté cómo, cuando algo le asusta e inquieta dice este tipo de cosas, pero son cosas que él imagina, que no son ciertas.

Por consiguiente, este “ no, no es cierto” muestra la presencia del proceso secundario, y así del fortalecimiento de la diferenciación entre el adentro y el afuera. Indica la presencia del procedimiento de la denegación, el cual es el rechazo de una afirmación que el yo ha enunciado e implica oposición o repulsa (Laplanche y Pontalis, 1996).

Las reglas fueron un tema que aparecieron en varias sesiones, de manera general Saúl ha referido que “ le parecen absurdas,” que no le gustan, “ que “se hicieron para desobedecerse”, por lo cual a nivel terapéutico representó reflexionar sobre la importancia de las mismas, cuando él no las cumple, por ejemplo cuando se enoja por diferentes causas y reacciona, rompiendo ventanas, o diciéndole palabras hirientes a su madre, entre otras conductas.

Otro de los temas que aparecieron fueron sus afectos y cómo él siente que si quiere a su terapeuta, deja de querer a su tía (de quien es muy cercano, es quien lo cuidó de pequeño) o a su madre, tanto que en una sesión dibujó a un “corazón partido.” De esta forma, Saúl sintió que durante las vacaciones “ se tuvo que partir”, una parte estuvo con su tía, y otra conmigo, dio la impresión de un mundo dividido de relaciones, y la aparición de un conflicto de lealtades, que como señalan Paz et

al.(1976) “si quiere al terapeuta teme perder a sus padres; si quiere a su padre, temer perder a su madre “(p.293).

Saúl empezó a hablar sobre lo que pensaba e imaginaba sobre la secundaria, que le emocionaba que iba a tener más maestros y más materias, aunque le daba miedo que “ fueran a haber peleas.”

Avances terapéuticos

En el período de marzo a mayo, Saúl mediante el juego, el dibujo, pudo hablar sobre sí mismo, sobre sus vínculos, sobre su historia, sobre sus carencias y sus fantasías. El tema sobre el medicamento apareció en varias sesiones y la manera en que lo trabajé fue conteniendo su angustia y después permitiendo que hablara sobre todo lo que le venía a la mente, sobre sus fantasías, a su vez le ayudé a que se hiciera preguntas acerca del mismo. Algunas de estas fueron, si tomaría para siempre la pastilla, que porqué lo toma, y al tener su cita con su Psiquiatra regresó tranquilo, tanto que en una sesión dijo que su Psiquiatra y yo le ayudábamos a estar bien.

Pienso que el hecho de que hablara sobre sus recuerdos, sobre cómo a veces ha sentido que sus padres no lo han contenido, ayudó a que disminuyera su angustia y dolor, pero también a que comenzara a elaborar y a poner nombre y palabras a sus sensaciones, percepciones, fantasías que en ocasiones daban la impresión de caos, descontrol y locura.

En junio y julio lo observé con mayor disposición para hablar sobre sí mismo, y me daba cuenta que mis intervenciones lo hacían pensar, y que sobre todo Saúl comenzó a diferenciar entre la fantasía y la realidad, entre lo que imagina y la realidad, y eso lo digo por el constante uso de “no, no es cierto.”

Fecha de la sesión: 14-08-07 * No acudió el 7 de agosto, vinieron sus padres a decir que está en casa de su tía Estrella, que no quiere venir, que Estrella dice que no le sirve venir al CISAME, que le mete ideas del medicamento. Que Saúl le dice a su mamá "eres mi madrastra."

Llegó 15 minutos tarde. Tocó y estaba enfrente, no se escondió y me saludó muy formal. Llegó muy limpio y bien combinado. Me dio el carnet explicándome que no estaba el Sr. encargado de la recepción. Le señalé que lo veía muy arreglado dijo que su tía Estrella lo ayuda mucho en eso.

Hablamos acerca de la semana pasada que vinieron sus papas y le pregunté si quería saber de qué habíamos hablado. Le comenté lo que me dijeron y dijo".. bueno, es que cuando estoy con mi tía Estrella estoy más tranquilo, hasta no me tengo que tomar la medicina. Todo es más ordenado, organizado y limpio y en mi casa no, el coche está todo sucio desordenado...mi mamá me pone nervioso."

Hablé con él lo del "corazón partido" y le señalé que puede tener diferentes personas a quienes querer, que eso no quiere decir que si quiere a una deje de querer a los otros. Que a veces se siente así, con el corazón partido y hasta él se puede sentir que se parte. Le dije que podía compartir su corazón.

Le señalé que me parecía importante que hablara de cómo veía a sus padres y cómo, un ambiente o lugar ordenado, limpio, lo hace sentirse bien, como es aquí en el consultorio y en la casa de su tía.

Dijo que pensaba que sus papas piensan que Estrella se los va arrebatar, me dijo que era algo que él pensaba.

Habló de sus papas. De su padre dijo que era violento, que decía muchas groserías. Relató un suceso de la vida cotidiana en que le pidió que le diera de comer a los perros y expresó que su papá se desesperó y que le dijo" no te necesito, no sirves para nada." De su madre dijo:" ya no cocina casi nunca, no como mi tía Estrella."

Expresó que tenía ganas de entrar a la Secundaria pero que no quiere que le toque en el mismo salón que Ulises: " es que si no me va a desviar.."

Contó de que su tía lo acompañó a apuntarse a la escuela y que después le dijo a su mamá que tenía que realizar unos trámites y que ella le respondió" no, mejor que se haga cargo Estrella," y que él le dijo" es tu obligación.."

Al hablar de que se quiere quedar con Estrella en momentos decía que sí otras que no. También comentó que les ha dicho a sus papas que mejor ellos se hagan cargo de Ulises, que da más problemas y que él se queda con Estrella. Me doy cuenta que hay ambivalencia, por un lado sí quiere estar con Estrella y por otra quiere estar con sus padres.

Le señalé que se puede sentir en ocasiones confundido con la situación de su casa y sus padres. También le dije que está hablando más y que veo que hay situaciones, sentimientos que le van quedando más claros.

Al final habló sobre su religión y me dijo" le digo pero es un secreto, no le diga a nadie." Dijo que se quiere bautizar como Testigo de Jehová. Nombró a varios Santos, habló sobre Dios, sobre los pecados, sobre el saludar o no a la bandera.

Análisis sesión 31:

Es importante decir que Saúl había pasado una temporada de las vacaciones de verano con su tía Estrella, y en la sesión pasada dibujó un corazón partido y

vimos que quizás comenzaba a hablar sobre sus afectos y cómo siente que sí quiere un poco más a alguien los demás lo pueden dejar de querer.

También reflexionamos sobre posibles conflictos de lealtades entre Estrella, sus padres y yo. Pienso en su yo escindido, partido, en donde una parte tiene en cuenta la realidad exterior y la otra reniega la realidad en juego, además de cómo en la escisión, el hombre, en uno u otro aspecto se divide con respecto a sí mismo, (Laplanche y Pontalis, 1996).

Al comentarle que en una entrevista sus padres refirieron que “ se estaba portando mal”, dijo que con Estrella estaba más tranquilo, además hizo referencia al orden, a la organización y a la limpieza, en contraposición con su casa(sucio, desordenado), y con su mamá que lo ponía nervioso, pensé sobre la importancia que para Saúl tiene el ambiente, y cómo, si se encuentra en un ambiente tranquilo, predecible, con estructura, siente seguridad y confianza. Le señalé que un ambiente o un lugar ordenado, limpio, lo hace sentirse bien, como es el consultorio, pero que también en casa muchas veces, cuando se ponen violentos o nerviosos eso le hace sentirse inquieto, mal y a veces reacciona haciendo lo mismo o portándose mal. En supervisión reflexionamos que sería importante posibilitar que Saúl pudiera ir construyendo en su casa un lugar ordenado, que le diera seguridad.

De ahí comenzó a hablar sobre sus padres y de cómo su padre en ocasiones reaccionaba desesperado y con violencia y cómo su mamá “ ya casi no cocina.” Después empezó a hablar sobre su historia, sobre esas experiencias o recuerdos que me parecen pueden explicar sus carencias y su dolor y angustia.

Sobre Ulises, pudo expresar que no quería que estuviera en el mismo salón ya que lo podía “ desviar”, por lo tanto, considero que se observa su miedo a la fusión con su hermano, a la intrusión, así como su deseo de diferenciación.

En esta sesión realicé sobre todo señalamientos y construcciones con el fin de que Saúl pudiera ir integrando partes de su historia.

Un recorrido de agosto 2007 a abril 2008

En agosto conocí a un Saúl con otras inquietudes, muchas vinculadas con la secundaria, con los cambios que suceden en su cuerpo(como son los caracteres sexuales secundarios), con las mujeres, con la sexualidad, situación que en un principio me angustió sobre todo en cómo manejaría todo esta eclosión de la sexualidad y lo que la adolescencia podría representarle-

En la **sesión 32** (finales de agosto) noté que se tocaba el pene y no supe qué hacer, qué decirle y cómo manejar esta situación. En la siguiente sesión lo volvió a hacer y le dije que veía que se estaba tocando el pene, que si le pasaba algo, y le abrí el espacio para que también pudiera hablar sobre lo que siente y piensa. Quiso jugar Scrabble y al final formó las siguientes palabras:” mota, sexo, gay, y guey,” por lo que referí “ parece que quieres empezar a hablar sobre otros temas, como la sexualidad” ante lo que asintió con la cabeza.

En la **sesión 34** (11/09/07) trajo sus cuadernos y libros de la secundaria a la sesión y me preguntó “si aquí los podía acomodar.” Le señalé que era muy ordenado, limpio y cuidadoso, y dijo “ es que estoy contento en la secundaria.” Volvimos a hablar sobre todos los cambios en su cuerpo y en su mente, externos, corporales e internos (como el cambio de intereses, el ya no “ tener tantas ganas de jugar “cosas de niños”, entre otros) y me preguntó “¿ son naturales, verdad Dra.?”, y posteriormente dijo “... pero también hay cambios en lo emocional, con las emociones,” y así refirió que ya “ casi” no le gustan los programas para chiquitos, y le recordé cómo la sesión pasada formó las palabras de “ mota, gay, guey y sexo” y que ahora comenzaba a mostrar interés por temas sobre sexualidad.

Siguió trayendo el tema sobre su vínculo con sus padres, y observé que, aunque continuó utilizando la escisión, en este caso, en sus relaciones de objeto y sobre situaciones “buenas” y “malas”, en donde se ha sentido “bien o mal”. en ocasiones sí pudo integrar y diferenciar. Por ejemplo en esta misma sesión habló sobre la Película de los Simpsons, comentó sobre la relación entre Homero y Bart, que “ se hacen cosas, se pegan, como cuando Bart le clavó algo a Homero y Homero lo avergonzó frente a la gente” y yo le dije “ sí, como tu papá y tú, que se han hecho cosas que les duelen y les lastiman, que no está bien.” Después Saúl dijo” sí, aunque Bart se quiso ir con Flanders, al final se da cuenta que quiere a Homero,” ante lo que le señalé “ los dos se quieren, aunque se lastimen.”

En esta sesión, se enfocó sobre todo en una escena donde el Sr. Flanders le da “ muchas cosas buenas a Bart” y otra en que Homero, “ friega a Bart y Bart a Homero.” Le señalé que se parecía a lo que sucedía en su casa, en relación a su vínculo con sus padres y su tía Estrella.

En algún momento de esta sesión dijo” es mi mundo” y le señalé” Sí, el mundo que está dentro de tu cabeza, el mundo de Saúl, cada vez me doy cuenta que puedes diferenciar más lo que pasa dentro de ti, dentro de tu cabeza, lo que imaginas y la realidad.” Él respondió” sí, como el mundo de los doritos, no existe, sólo en televisión,” y yo le dije “ así que es diferente lo que pasa en la televisión y en la realidad, lo que sucede dentro de nuestra cabeza y la realidad.”

De septiembre a noviembre comenzó a hablar sobre “ cosas” que quiere cambiar de él, reapareció el tema sobre la medicina y pudo expresar su miedo “ a que lo internen,” además de que en varias sesiones dijo que no quería venir y durante el mes de octubre llegaron muy tarde a las sesiones, y Saúl expresaba el miedo “ a que yo lo regañara por esto,” elemento transferencial que analicé con él.

Por ejemplo en la **sesión 34** refirió que “estaba arrepentido porque junto con Ulises había roto una ventana” y expresó que le “daba miedo que lo mandaran a la correccional”, además de que me preguntó que si podría cambiar “ esto de él” y le respondí que sí, en la medida en que juntos habláramos y pensáramos sobre estas conductas y tratara de no repetirlas.

En cuanto al tema del medicamento, en la siguiente sesión (**número 35**), dijo que ya no quería venir al CISAME, que le daba mucho sueño, y que no quería que le dieran la medicina: “ ... mi mamá me droga, me da mucha medicina.” Le pregunté que cómo llama él a la medicina: chucho, piedra, coca, marihuana. A su vez, me veía y escondía rápido su cara.

Después dijo que él se “ tomaba muchos”, le dije que estaba confundida que me contara más. Habló de que no quería que lo internen como a Ulises, le señalé que me imaginaba que se asustó mucho la vez en que internaron en el Hospital Juan N. Navarro a su hermano, que lo vivió como algo muy feo, y que le da miedo que le pase a él. Exploré el miedo a volverse loco, le dije que en este momento lo veía tranquilo, pero que hablara de lo que sentía y pensaba, ante lo que refirió que veía a su Psiquiatra como un “ monstruo” y me preguntó que cuándo lo darían de alta y le dije que aun habían cuestiones a trabajar. Después de que habló un buen rato le dije me daba cuenta que traía muchos sentimientos y pensamientos ante lo que dijo” sí ,es mi espacio” y yo le dije” así es Saúl.”

Posteriormente dibujó un teclado y puso “ un espacio” y le señalé que él quería y necesitaba un espacio, y separarse, e interpreté“ tú no eres Ulises, son hermanos pero cada uno es diferente, pero a veces te da miedo de que te pase lo mismo que a él y no tiene porqué ser así.” Luego introdujo de nuevo algo del manicomio y dice “ pero usted es mi abogada”, y yo le respondí que no, que era su

terapeuta, pero que de qué quería que lo defendiera. Me dijo que sí quería que lo defendiera, que lo ayudara a hablar con la Dra.

Al final preguntó si podía ver sus dibujos y comentó: “cuántas cosas Dra.” y le volvió a poner código y huellas. Le recordé sobre el contrato, que había un código de confianza, y al irse se quería llevar plastilina, lápices, y le mostré que se quería llevar parte del consultorio, pero que con el carnet y mi teléfono se llevaba un parte.

En varias sesiones llegaba “muy cansado” situación que trabajé posibilitando que diferenciara los distintos tipos de cansancios, tales como el cansancio por haberse desvelado, aquél vinculado por haber tenido mucha actividad, o el vinculado por efectos del medicamento.

En la **sesión 37** (principios de octubre), tocó su mamá la puerta, y él estaba escondido, entró y dijo que estaba muy cansado por la medicina. Se recostó en la mesa y yo hablé a veces, otras me quedaba callada. Le dije que no tenía que hacer algo o hablar, que habían diferentes tipos de cansancios, como por la medicina, debidos a cambios del cuerpo, por aburrimiento, por tristeza, y que podíamos hablar de ello en otro momento, que yo también lo acompañaba en esos momentos y le ofrecí un cojín para que se recostara y no lo quiso. Fue una sesión en donde hablé yo casi todo el tiempo, se fue tranquilo y cansado.

Dos sesiones después nuevamente dijo que estaba muy cansado, le señalé que puede ser por los cambios, la secundaria, o que si algo le había pasado, y refiere: “Ayer escuche gritos en el barranco.” Le pregunté sobre estos gritos y dije que eran de una mujer, que sintió miedo, pero que después se durmió. Le comenté que su voz me transmitía tristeza, que estaba con él. Se recostó y se durmió, aceptando un cojín. Se despertó y expresó “ay, es que mi mamá se durmió tarde,

bueno, no, llegué tarde por la tarea.” En esta sesión me pregunté si estos gritos tenían que ver con su mamá, y así con su estado emocional.

En lo que respecta al hecho de que decía que ya no quería venir al CISAME y a la terapia, en la **sesión 38** (9/10/07) tocó muy fuerte la puerta, se escondió y al entrar se pegó a la pared, como con miedo. Me dijo que no quería venir, le pedí me contara porqué. Una de las razones es porque llegaba tarde al Colibrí (centro de apoyo a niños indígenas al que acudían en las mañanas), otro por su Psiquiatra, y porque le daba sueño. Inmediatamente refirió: “ yo tengo dos espacios, mi casa, mis papas y mi tía”, Le pregunté si algunos otros espacios: ” escuela, novias” y yo le añadí “y también tu terapia”.

Relacioné esto con lo del corazón partido y cómo puede repartir cariño. Le pregunté que si algunos de los temas de los que hablábamos le daban miedo, y me dijo “ no Dra.”, pero sentí que “ estaba “dándome el avión.” Luego comentó que creía que su Psiquiatra lo quería matar, que vendría con una sierra eléctrica, y en seguida me dijo” aquí entre nos, no me tomé la medicina.

Al final preguntó que si podía dibujar en mi cuaderno, y me preguntó si ahí tenía todo lo de él. Dibujó un corazón partido, la mitad de un corazón y le señalé” una parte de tu corazón está en la terapia.” Se puso a ver las cajas de los otros niños, y preguntó si podía abrirlas por lo que le dije que sólo la suya.

En esta sesión me surgieron las siguientes preguntas ¿Qué sucede con la medicina y su adherencia? ¿Estaremos entrando a una nueva etapa de la terapia? ¿ Hay la presencia de ideas y sentimientos persecutorios, por ejemplo, que les diga a sus padres lo que él me cuenta?

En la **sesión 41** (finales de octubre) dijo una frase que consideré muy interesante“ aunque me caiga mal mi hermano, siempre va a ser mi hermano.” Habló

sobre las cosas que se pueden borrar y las que se pueden modificar, yo le dije “ sí, eso no lo puedes cambiar ni borrar(en relación a que Ulises le cae mal), pero lo que sí puedes hacer es construir otro tipo de relación, otra forma de llevarte con él.”

Pudo expresar que no le gusta equivocarse, además de que expresó enojo ante el hecho de que su mamá lo acusara, como fue en esta sesión que llegaron tarde y ésta, ante mi petición de que llegaran puntuales a la sesión, lo volteó a ver haciendo un gesto de “ fue su culpa.” Sin embargo, Saúl a su vez “ le echó la culpa a Ulises por llegar tarde”, situación que le hice ver que él también “acusa” a otros por sus propios actos.

En la sesión siguiente (**sesión 42**) dibujó dos corazones, uno bueno y el otro malo, y sobre todo, al comenzar a hablar sobre los dibujos pudo hablar sobre las veces en que se ha sentido maltratado. Le dije que esto me hacía pensar en cómo sus papas y él me habían contado de cómo a veces se han gritado, golpeado, y dice “ bueno sí, un poco.” Así que en esta sesión le mostré cómo entre todos los miembros de su familia se han hecho daño, y le pregunté por los corazones, ante lo que refirió que el malo era así “porque lo habían maltratado” y al bueno “ lo trataban bien.”

Me parece que siguió haciendo uso de la escisión, esto es, separando lo bueno y lo malo como una defensa, ya que esta unión de lo bueno y lo malo, como señala Rivière (1976) podría significar en su fantasía que el objeto bueno desaparecería y se podría transformar en objeto malo.

En noviembre y diciembre Saúl trajo el tema sobre la maldad, preguntándose “¿por qué la gente se vuelve mala?” y él dijo, ante mis preguntas que “ porque les hacen cosas feas, les pegan,” y lo pudo relacionar con su historia. Por ejemplo, en la **sesión 43** (mediados de noviembre), platicamos sobre películas de terror, como

Eso, Freddy, El Exorcista. Su discurso giró en torno a personas que antes eran buenos y por algo se volvieron malos. Le pregunté que cómo se vuelve alguien malo y dijo " cuando lo tratan mal, le pegan." Después le pregunté que cómo se vuelve alguien bueno " cuando lo quieren y lo tratan bien."

Le pregunté por él: " mi tía Estrella me ha tratado bien." Le pregunté por sus papas y dijo " no." Yo le comenté que así siente él que ha sido, pero que me parecía que sí le han dado cariño, pero que a veces ha pesado más lo malo que él siente que le han hecho.

En las **dos sesiones de diciembre**, antes de las vacaciones de Invierno, Saúl dijo que ya no quería venir y "que se iba a ir de pinta de la terapia." Le pregunté que a dónde se iría y dijo que a EUA y que no volvería". Después le pregunté si algo había pasado y refirió" sí, no fui al estudio de la Biblia y mi papá me regañó." Dijo que su mamá "lo obligaba a venir a consulta", y comentó " mejor que venga Ulises, él lo necesita más Dra. También quería abrir las cajas de los otros niños, que le contara de éstos y puso su caja hasta arriba diciendo " soy el más grande y fuerte."

De enero a abril del 2008, me enfrenté con un Saúl que me dijo que ya era adolescente, y por ende, en las sesiones aparecieron temas vinculados con drogas, sexualidad, y con todos sus fantasías en torno a estos.

Otro de los temas fue acerca de sus miedos, por lo que en varias sesiones platicaba sobre películas de terror y al decirle que en la medida en que hablara más sobre ellos se le podrían ir quitando, me dijo "¿Sí, Dra. de veras se me va a quitar?"

En cuanto a la relación con su hermano, a principios de año me dijo que se llevaban bien y en una sesión me pidió que si podía entrar Ulises a ver sus dibujos, al salir Ulises me dijo " Ay. Dra. es que Saúl dibuja muy bien."

En este período percibí a la familia aún "más desordenada y caótica," por

ejemplo, olvidaron que Saúl tenía cita con la Psiquiatra, hecho que se los hice ver al anotar una de las citas en el carnet de Saúl. Asimismo, varias veces Saúl no traía el carnet, diciendo que era culpa de su mamá, “es una burra”, o no traían el recibo.

Así, los padres también aparecieron en las sesiones, y en el caso de la madre, Saúl la mayoría de las veces se refirió a ella de manera despectiva, diciendo que era una “burra”, y de su padre varias veces expresó que le había pegado o que se enojaba.

En la **sesión 54** (finales de febrero) dijo :”Ulises es gay.” Le pregunté qué le hacía decir esto, y refirió que por su forma de hablar, de moverse, “luego me toca. . .”. Le pregunté qué le tocaba y dijo que no sabía. En seguida comentó” mi mamá también es lesbiana,” y refirió: “ no le vaya a decir eh Dra.?” Le recordé que no le decía nada de lo que sucedía allí, “ por ejemplo Saúl, no les he dicho lo de los monstruos,” y me respondió “Ya no los veo, pero sí dícales, para que me protejan por si aparecen.”

Le señalé :” Fíjate que eso me hace pensar en cómo alguna vez me dijiste que hay momentos que tu mamá te pone nervioso y que con tu tía te sientes tranquilo.” Saúl comentó :” Me quiero ir con ella, no, no es cierto.” Yo le pregunté si a veces sentía que sus papas no lo protegían y dijo:” sí, a veces siento eso.”

Aunado a esto, en varias sesiones Saúl expresó: “mis papas tampoco se portan bien” y aumentó su ansiedad de tipo paranoide, ya sea diciéndome que no les dijera nada e inclusive en una sesión dijo que yo le había dicho a su padre que él decía que “ Ulises era gay.” Le señalé que éstas eran situaciones que él estaba imaginando, pero que no tenían que ver con la realidad, que eran sus propios miedos.

El tema de las reglas apareció en varias sesiones, en donde Saúl ya sea que

dijera que éstas eran “para romperse o que eran ridículas” o por el contrario refiriendo que él quería ser “ puerco para defender a la ciudad de los Darketos,” además de que en una sesión dijo que en la escuela le enseñaban a “pensar antes de actuar .”

En las **dos sesiones** que tuvimos en **marzo** (fue el período de vacaciones de semana Santa y Pascua), me pidió que no “ les dijera nada a sus papas,” por ejemplo cuando decía “ Ulises es gay. Asimismo, noté que le preocupaba la conducta de Ulises ya que en este período aumentaron sus conductas de robo.

Continuó con el tema sobre personajes que se volvían malos “ por lo que les hicieron,” también habló sobre un personaje de Bob Esponja, que se fue “porque Bob Esponja huyó y no le dio de comer, se sintió triste, enojado y se fue.” Yo le señalé “ te das cuenta de cómo traes mucho este tema, esta pregunta. Me parece que estás hablando de ti mismo, de lo que has vivido, de cómo hay situaciones que te han lastimado.” No dijo nada y lo vi “ como en trance”, viendo hacia lo lejos, con la mirada y parece que también la mente, en otro lugar.

No sé si estaba pensando en lo que le dije, le pregunté y dijo: “ no pensé” que ya jugaríamos. Le dije o difícil que era hablar de esto , que iríamos poco a poco. Al jugar el juego de Monopoly de Bob Esponja, me dijo que yo era el banco y lo ayudaba a acomodar, ante lo que le señalé, “ como en terapia, que te ayudo a acomodar tus sentimientos, sensaciones, pensamientos, miedos, etc.”

En abril, Saúl comenzó a decir en casi todas las sesiones que ya no quería venir, “que era una molestia despertarse temprano,” y que “mejor viniera su hermano Ulises”(el cual comenzó a robar, situación que angustiaba a Saúl y a la familia). También dijo que “ no querían que lo internaran,” cuando yo tocaba el tema sobre su Psiquiatra y el medicamento.

En la **sesión 58** (principios de abril) escuché un fuerte golpe en la pared y sentí miedo, pensé que seguro era Saúl, abrí y lo encontré. Sentí miedo y realmente me asustó. Este fue el sentimiento que tuve hasta el final de la sesión. Al entrar observé que se sobaba y le pregunté si estaba bien y respondió que sí. Indagué si estaba enojado y dijo que sí pero no me dijo por qué. Averigüé si me quería asustar y dijo que sí. Dibujó una telaraña, una araña, una viuda negra. Me dio la espalda, le hablé y le dije “ aquí sigo aunque me asustes, con tu enojo, tus sustos y tus ganas de no verme.” Dijo enseguida” las telarañas son peligrosas..”, y yo le señalé “también es lo peligroso que hay en tu cabeza y me pregunto si también algo en tu casa..”, no me veía ni me decía nada.

Me parece importante comentar que ese día, al bajar al archivo para regresar los expedientes, me encontré con Saúl y con su mamá. Fue una situación que me impresionó ya que observé a la mamá como “ en otro mundo”, desconectada de la realidad, “ como en trance”, los saludé y no recibí respuesta de ella hasta que Saúl la jaló del brazo y le dijo “ mamá, ahí está la Dra. nos está saludando.” De esta forma, me imaginé que la situación familiar estaba siendo realmente muy difícil, además pensé en todas esas veces en que la mamá de Saúl no ha estado ni física ni afectivamente, en todas esas veces en que no lo ha podido sostener, en cómo sus “ desconexiones” han repercutido en el desarrollo de Saúl.

En supervisión concluimos que era imprescindible recomendar, una vez más, una Terapia Familiar, aunque en otra Institución, - ya que como se vio en la historia institucional-, esta familia ya había acudido al servicio. Hablé con Saúl y dijo “ no Dra. es una molestia” y lo observé muy resistente y con rechazo a esta opción.

A nivel contratransferencial sentí “como una pared” a Saúl, lo sentí resistente a hablar y me di cuenta que no estaba pudiendo intervenir libremente, cuestión que

lleve a supervisión y también a mi espacio de análisis.

Avances terapéuticos

En el período de agosto a diciembre del 2007, Saúl pudo continuar hablando de su historia, de sus recuerdos y también pudo diferenciar entre “su mundo” y la realidad. Comenzó a integrar aspectos “buenos” y “malos” por ejemplo de su padre, integró lo importante que era para él era contar con un ambiente limpio, ordenado. Pienso que fue importante que haya dicho que aunque su hermano le cayera mal siempre iba a ser su hermano, esto muestra un inicio de integración de las partes malas y buenas de su hermano y porqué no de sí mismo.

A principios de enero del 2008, Saúl refirió que él ya era un adolescente y no un niño y aunque mostraba ansiedad para hablar sobre sus cambios y sobre lo que sentía, sí logró expresar sus fantasías y miedos, como era la preocupación acerca de “si le iban a crecer vellos, o cambiar la voz.” En este período me di cuenta que la relación con su hermano había mejorado, ya que Saúl en varias sesiones refirió que “ya no peleaban mucho”, y en una sesión pidió que entrara Ulises para enseñarle sus dibujos; por lo que inferí que Saúl estaba más tranquilo y podía controlar mejor sus impulsos.

A mediados de año comencé a observar a Saúl resistente para hablar, sentía “que me daba el avión,” o al preguntarle o señalarle algo, muchas veces me respondía “Ulises es gay.” En supervisión reflexionamos si estaba comenzando a reprimir o si se trataba de una ansiedad de tipo paranoide, o de sus propias fantasías homosexuales, y que la psicoterapia en este momento le estaba causando mucha angustia.

Green (2001) explica acerca de la transferencia en este tipo de pacientes y revela su extrema sensibilidad para la pérdida y la intrusión. Explica que siempre

están buscando establecer una distancia psíquica que les permita sentirse seguros de la doble amenaza de la invasión por el otro y de su pérdida definitiva. De este modo, desarrollan una contradicción permanente que “ les hace anhelar lo que temen perder y rechazar lo que ya está en su posesión pero cuya invasión temen(p.44)”.

Lo vinculo con lo que explica Chabert (2000) sobre la reacción terapéutica negativa, la cual no se trata de un ataque de odio contra el analista, sino que un intento de anular el lazo analítico mediante un rechazo total de sus efectos positivos.

Sesión 60

Fecha de la sesión: 22/04/08

Llega tarde, toca y se tarda en abrir. Entra y se recuesta. Me recordó que pusiera el recibo de la vez pasada. Dice que no quiere venir y yo le digo “ a ver cuéntame más porqué, vamos a platicarlo.” Dice “ porque es una molestia, no me da tiempo de hacer cosas, de jugar.” Pregunta que cuándo lo voy a dar de alta y le pregunté que cuándo creía él y dijo “ ya.” Yo le dije “ a mí no me parece adecuado este momento. Has avanzado pero en este momento pasan situaciones en tu casa, con tu familia, contigo y con la experiencia que tengo, he visto que niños o jóvenes se quieren ir en momentos duros y puede ser enloquecedor, se sienten mal. Ahora tu tienes pensamientos, sentimientos, ideas, revueltas en la cabeza, estás en un momento de cambios. Si no quieres venir es tu decisión pero yo no la comparto.”

También le dije que me había quedado pensando en que están pasando cosas en su casa, que Ulises está robando, que su mamá a veces está muy despistada, que su papá le promete algo y no lo cumple. Le pregunto que qué cambios ha tenido y dice que “ nada, nada.” Le dije, “ mira, yo he visto que en esta edad suceden cambios, se preocupan por su cuerpo, los niños por el tamaño de su pene..” Y dice , “ sí Eduardo dice que tiene uno de 15 metros.” Me dijo, “ Dra. le he contado de Bernardo, él también va a psicología, es inquieto, tiene su caja.”

Le comenté que muchas personas van al psicólogo y que a veces también les da miedo que les contemos a sus papas, ya que antes me pregunta que a qué hora iban a tocar. Le señalé “ mira, estás tan al pendiente, con miedo que hasta piensas que alguien puede venir.” Le recordé que por eso tenemos la caja, el código, el teclado, las huellas. Refirió “ usted le dijo a mi papá que yo le había dicho que era un mentiroso,” y yo le dije que no, que era su imaginación, que recordara la confidencialidad.

Estuvo un momento callado y le pregunté que en qué pensaba y después que en dónde estaba y me respondió “ en el aire.” Le pregunté que cómo era y dijo “ no sé, nada,” después le pregunté que cómo se sentía, no me respondió y le dije que si seguro, inseguro, cómodo, incómodo y me dijo “ nada, bueno, inseguro porque me puedo caer.” Le dije “ me imagino y pienso que a veces te puedes sentir así, como sin algo que te sostenga en el aire. Inseguro, con tantas cosas que te hacen sentir así.”

Me preguntó si conocía el programa de Dr. House y le dije que sí, y que me platicara lo que él sabía. Me contó de un episodio en que un niño es curado por Dr. House “ aunque es un payaso. Le pregunté si se estaba tomando las medicinas y dijo”

no, bueno anteayer no, ayer sí, y hoy no."

Seguimos hablando de los cambios. Habló de las "chaquetas" y de los sueños húmedos. Yo le pregunté que si él ya había tenido y dijo que sí aunque no muchos " porque no los quiero desperdiciar." Le pregunté que porqué y respondió " porque si no, no podré tener hijos." Yo le dije "Así lo ves y percibes, pero si esto fuera cierto ¡ ya no habrían hijos!" Me respondió " Sí Dra. tiene razón." Me pidió que no le fuera a decir a Ulises ni a nadie, y me contó que se había besado con una niña de su escuela. Le pregunté que si le había gustado y dijo " ay no guácala." Le pregunté que qué había pasado y dijo " nos fajoteamos." Me preguntó si había estado en la secundaria y le dije que sí, y que conocía niños de su edad y sabía por lo que pasaban.

Le comenté que me gustaría platicar con su tía Estrella(ya que en supervisión concluimos que debido a la situación que se vivía en casa, era importante conocer la versión de Estrella) y me dijo " no Dra." Le expliqué me parecía que era una persona muy importante para él y que lo cuidó mucho. Y dijo " sí de chiquito," y comenzó a recordar cómo también lo cuidaba su abuelita paterna, " me compraba ropa, juguetes." Dijo que se iría a vivir con su tía " pero sólo con mi gato." Le dije que también vería a sus padres y le pregunté si quería que les dijera algo, " sí, que Ulises es gay." Al final pregunto sobre los otros niños y le pregunté que él que se imaginaba y me dijo "que son más chiquitos."

Análisis sesión 60:

Al inicio hablamos sobre el hecho de que ya no quería venir y sus razones fueron que no le daba tiempo de hacer cosas o de jugar. Le dije que a mi no me parecía el momento porque se encontraba en un momento de cambios, y que en su familia estaban sucediendo situaciones que lo inquietaban, pero que era su decisión.

En cuanto a lo cambios, trabajamos los relacionados con la adolescencia y me di cuenta que Saúl pudo expresar sus fantasías sobre la masturbación, que decía que "casi no se masturbaba, porque se podía vaciar" y no iba a poder tener hijos.

También volví a hablar sobre la confidencialidad ya que lo percibía con miedo de que yo le contara a sus padres lo que hablábamos en sesión, de igual forma me parece que estaba presentando pensamientos paranoides.

En esta sesión también pudo hablar sobre cómo se sentía en ocasiones, esto es, inseguro, como si se pudiera caer o recaer. Al decirme esto sentí tristeza y pensé

en Winnicott, en el tema sobre el sostén, y en todos esos momentos en que Saúl se ha sentido así, en que la madre no pudo sostenerlo ni física ni psíquicamente.

No obstante pudo recordar momentos en que se ha sentido feliz como con su abuela o su tía Estrella.

En cuanto al tema de Dr. House pienso que se trató de una cuestión transferencial en tanto que quizás en ese momento yo le podía parecer “ payasa” o le caía mal pero de alguna forma él sentía que lo estaba ayudando.

Intervine con señalamientos, construcciones y con interpretaciones, sobre todo cuando le dije que me parecía que a veces se ha sentido así como en el aire, como si se pudiera caer. También considero que recapitulé algunos temas que hemos trabajado, tales como sus vínculos, la confidencialidad, y los cambios en la adolescencia.

A nivel contratransferencial sentí dolor y tristeza cuando refirió que puede caerse, me imaginé cómo se sentiría a veces, poco sostenido. Me di cuenta que sí había una situación difícil, enloquecedora, pero sentí que sí intervine y vi efectos de las mismas. Me vio a los ojos, comenzó a hablar sobre él.

Una de mis reflexiones fue pensar sobre la posible interrupción de la terapia, situación que sí me preocupó, ya que me parecía que había que trabajar mucho más sobre la integración, la diferenciación; sin embargo consideré que era importante respetar su decisión y su momento.

Algunos Sucesos ...

Saúl faltó las sesiones del 6 y 13 de mayo del 2008. Mis fantasías giraron en torno a distintos aspectos por ejemplo que se acercaba su cita con la psiquiatra, que algo de la terapia le estaba afectando, y estaba resistencial.

A las 11:30 llegó Ulises el hermano bastante agitado diciéndome “ Dra. buenos días, ¿dónde están? ¿dónde está mi mamá?” Me comentó que a Saúl lo mordió un perro y que hoy tenía cita conmigo a la 1:00 pm. En ese momento me sentí confundida y le dije que la cita era a las 8:30 a.m.

Le di un recado para Saúl y para los padres en donde les decía que lo esperaba el próximo martes, y a los padres que les recordara que teníamos una cita el lunes. Es importante decir que habían faltado a la anterior, y al decírsele por teléfono posteriormente a la madre me comentó “ Es que Dra. luego no sé dónde tengo la cabeza.”

Llamé en la noche a casa de Saúl y contestó su mamá. Me pidió disculpas por las faltas y comentó“ Dra. perdón, tenemos tanta locura en la cabeza.” En seguida me pasó con Saúl y como sabía que tenía cita con la Psiquiatra le pregunté que cómo se sentía y él me dijo” Dra. Tamara, por favor dígame que no me mande al Navarro.” Le dije que yo le diría pero que aunque habían situaciones difíciles tanto en su casa como en él mismo no era necesario que lo refirieran al psiquiátrico. Al final me dijo” Dra. la espero el martes,” y yo le respondí “ Yo te espero el martes en el consultorio Saúl.”

Análisis de estos sucesos:

Me parece que estos sucesos muestran la situación que Saúl y su familia estaban viviendo en ese momento, pero también el tipo de funcionamiento que predominaba, lleno de confusión, de desorden, y de locura, como bien dijo la madre.

Ante la pregunta de Ulises “ ¿dónde están? ¿dónde está mi mamá?” sentí primero confusión y después tristeza, ya que me pregunté cuántas veces tanto Saúl como Ulises se han hecho esa pregunta, pero no sólo ante la ausencia física, sino que también ante la presencia física en donde su mamá muchas veces “ no está”.

Al hablar con Saúl lo escuché angustiado por su cita con la Dra. y sobre todo con miedo de que fuera internado, con miedo a la locura. Al decirme “ la espero el martes”, sentí confusión y por ello le dije que yo lo esperaba en mi consultorio, en un intento de retomar el orden que implican las sesiones, el horario y el encuadre mismo.

Estos sucesos me hicieron quedarme con dos frases en la mente “ Dra. buenos días, ¿dónde están? ¿dónde está mi mamá?” y “ Dra. perdón, tenemos tanta locura en la cabeza.” Reafirmé una vez más, que no era un buen momento para que Saúl interrumpiera la psicoterapia.

Post scriptum

Saúl me llamó el miércoles 6 de agosto del 2008 y me dijo “ Dra. le tengo que decir algo. . . Ya no quiero ir” y en seguida me colgó. Después yo le llamé y le dije que era mejor hablar en persona, y me dijo “ bueno sí, pero la veré en el 2034,” y me preguntó si ya tenía el juego de mesa Clue, le dije que sí. Después me pasó a su tía Estrella quien me pidió una cita.

Vi a la tía el miércoles 14 de agosto y refirió que a ella le parecía importante que Saúl continuara en terapia. Le pregunté que por qué me había pedido la cita y me dijo “ a Saúl le urgía que yo platicara con usted.”

Hizo énfasis en que no entendía cómo en su casa Saúl era tranquilo, respetaba las reglas y cómo con sus padres “ hay puras quejas.” Comentó que Saúl quería vivir con ella y que ella asumiría esta responsabilidad. Refirió que hablaría

con los padres y que le había dicho a Saúl que esto no significaba que “ la familia se había roto” y que los seguirá viendo.

Quedamos de estar en contacto. Es importante decir que yo hablé con la madre de Saúl y refirió que éste tenía la idea de irse con su tía y que si ésta asumía la responsabilidad sí aceptaría. Preguntó que si podrían hablar conmigo sobre esto y le dije que tendríamos entrevistas para trabajar este tema. Saúl vino a una sesión de agosto insistiendo que ya no quería venir, que “llevaba mucho tiempo en el CISAME”, lo cual era cierto y esto representaba un registro de la temporalidad. Faltó dos sesiones seguidas y en supervisión vimos que sería importante hablar con los padres, la tía Estrella y Saúl, para trabajar el tema de la interrupción. Finalmente Saúl se fue a vivir con su tía y ve a sus padres y hermano el fin de semana.

Con los padres tuve dos entrevistas para hablar sobre la nueva situación familiar enfatizando que se interrumpía el tratamiento y que si lo necesitaban me podrían llamar. Ante la diferencia de comportamiento de Saúl con su tía y con ellos, el padre enunció una frase que me parece que ilustra, así como otras que han dicho tanto él como la madre, el funcionamiento familiar: “ Dra. esto es esquizofrénico.”

Con Saúl tuve una sesión de las tres que contemplamos para analizar la interrupción de tratamiento. En ésta surgieron varias fantasías de su miedo a la locura, ya que dijo que al salirse del consultorio estarían unos enfermeros para agarrarlo e internarlo. Le indiqué que tenía mi teléfono en caso de que me quisiera llamar y me dijo “ y si un día estoy todo tirado en la calle ¿ podría ir a su casa? En las próximas dos sesiones trabajé la recapitulación de lo que trabajamos en estos casi dos años así como la manera en que se vea sí mismo en el futuro, le dije que no necesita estar “ tirado en la calle” para contar conmigo.

Avances terapéuticos

Fue muy importante para mí elaborar en supervisión y en terapia, lo que para mí representó internamente la interrupción de la terapia y sobre todo que Saúl ya no quisiera asistir. Me enfrenté a mis fantasías y a cierta idealización que tuve sobre “todo lo que podría trabajar” con Saúl, además de trabajar mi preocupación de cómo va a vivir y manejar su adolescencia.

En esta etapa del proceso psicoterapéutico uno de los mayores logros fue que Saúl pudiera expresar su deseo de irse con su tía, pero sobre todo que lo pudo concretar. Su tía le da estructura, seguridad y contención, por ende, brinda un ambiente cálido, seguro, que hace que Saúl se sienta tranquilo, en donde pienso que por ahora va a estar protegido de este problema de reglas, de “la locura que tienen en la cabeza”, y así, haciendo alusión al collar de perlas que menciona Green, este collar de perlas tendrá un hilo que las sostendrá, y no las dejará caer.

Capítulo VI. Discusión

A lo largo de la construcción del Reporte de Experiencia Profesional, pero también de los dos años en la Residencia en Psicoterapia Infantil, mi reflexión sobre la clínica se enfocó en la importancia de saber desde dónde trabajamos, y tener lo más claro posible por qué y cómo intervenimos con los pacientes.

La manera en que presento la discusión de este trabajo, es analizando y reflexionando acerca de la intervención psicoterapéutica que construí, pero sobre todo, articulando la teoría en la que me basé, con la práctica y con la clínica, “dialogar”, “discutir”, reflexionar, pensar y preguntarme sobre la clínica.

Quiero comenzar por vincular los motivos de consulta dados por Saúl, su madre, y su padre, los cuales tuvieron como “denominador común” el tema de las reglas, de los límites. El padre, a quien conocí primero refirió: “ Dra. , todo es un problema de reglas,” Saúl comentó: “. . . que porque me porto mal..” y la madre dijo: “ En el aspecto emocional le hace travesuras al hermanito, lo hace enojar, se golpean, lo quiere borrar del mapa.”

Las preguntas que me planteé en el inicio del tratamiento fueron: ¿Todo es un problema de reglas? ¿De qué reglas? ¿Las internas, las externas? ¿De qué límites? Por lo tanto, problemas relacionados con la normatividad, con las instancias ideales. Y no, todo “no es un problema de reglas”, sin embargo esta dificultad y fallas en la normatividad sí repercutieron en el psiquismo de Saúl, y en el funcionamiento familiar.

El motivo manifiesto de Saúl : “... que porque me porto mal”, paulatinamente fue develando el motivo latente, el cual pienso está vinculado con una falta de contención, y con la dificultad de la madre de llevar a cabo la función de reverie, de poder transformar la angustia, la agresión, eso que es impensable, en algo pensable

y tranquilizador para Saúl. También, detrás del portarse mal, Saúl ha expresado su intensa angustia y miedo, por ejemplo al abandono, o en otras ocasiones a la aniquilación.

Bleichmar (1999) explica que el psiquismo del niño se organiza a partir del psiquismo del adulto, ya que la madre tiene un inconsciente y está atravesada por dos sistemas en conflicto, esto es, los deseos y las prohibiciones. Pienso en cómo los padres de Saúl presentaron fallas en lo que respecta a la manera en que proveyeron afecto y establecieron las reglas y los límites.

También, me doy cuenta que estas preguntas me llevaron a pensar acerca de la importancia del ambiente (familiar, socioeconómico) en el desarrollo de Saúl, y así del ambiente facilitador del que tanto habla Winnicott, pero también sobre la manera en que los otros pueden ya sea llevar al niño a tener confianza en la vida, o por lo contrario a que perciban al mundo como inconstante, no confiable, inseguro, como generalmente sucedió con Saúl. Dichas preguntas me fueron conduciendo a otras lecturas y reflexiones como fue Bleichmar(1999) y su teoría sobre los tiempos de constitución del aparato psíquico, y de ahí pensé sobre la función de reverie de Bion.

También pensé y viví continuamente a la clínica, como un proceso que va de lo deductivo a lo inductivo y viceversa, en donde se da un interjuego entre las teoría y la práctica, pero a su vez la clínica me llevó a leer por ejemplo sobre los estados límites y las envolturas psíquicas y las teorías sobre estos estados me llevaron a reflexionar sobre la estrategia de intervención psicoterapéutica.

Considero que sí logré el objetivo del Reporte el cual fue exponer y analizar una intervención psicoterapéutica para un preadolescente con psicopatología fronteriza enfatizando en la articulación teoría-práctica, debido a que considero que pude plasmar desde dónde trabajé y analicé el caso.

Construí la intervención psicoterapéutica, yendo desde la elaboración del diagnóstico metapsicológico y clínico, a los objetivos psicoterapéuticos, para llegar a dicha intervención, la cual guardó relación con el marco teórico. En la presentación del proceso psicoterapéutico, pude relacionar el marco teórico con la clínica a partir del material que Saúl trajo a las sesiones y la manera en que interpreté.

En cuanto al diagnóstico metapsicológico y clínico que realicé, pienso que me ayudó en la construcción de la intervención psicoterapéutica. Esto es, al observar que había un déficit en la constitución de las instancias ideales y así fallas en el tercer tiempo de la vida psíquica, - relacionando esto con el diagnóstico clínico de Paz et. al.(1976) sobre las fallas en la estructuración del superyó-, me di cuenta que parte de mis objetivos terapéuticos serían trabajar sobre estas instancias. Esto es, mis preguntas eran ¿ante qué me enfrento, y ahora que tengo una idea de cómo funciona su aparato psíquico, cómo intervengo terapéuticamente para ayudar a Saúl?

Asimismo, esto lo ligo con la teoría en el sentido de que por ejemplo Bergeret(2001) explica que el rol del superyó es muy imperfecto en las organizaciones limítrofes, además de que debido a que el ideal del yo se comporta como un polo en torno al cual se organiza la personalidad, se van a relacionar, con el fin de conservar el amor y la presencia del objeto, con ambiciones heroicas y haciendo uso de la omnipotencia, por ejemplo, en algunas sesiones Saúl dijo que “ quería ser un puerco(policía) para salvar a la ciudad de los malos, delincuentes”, o también que era “ Saúl el Rey, el conquistador.”

La teoría por lo tanto me permitió determinar y entender de qué manera intervendría psicoterapéuticamente, por ejemplo trabajando y reflexionando

constantemente sobre el encuadre, además de realizar señalamientos e interpretaciones que le permitieron ir introyectando las normas.

Lo anterior lo relaciono con lo intersubjetivo y hago alusión a Bleichmar (1999) cuando explica el doble carácter del funcionamiento psíquico parental, como productor de inscripciones sexualizantes y de inhibiciones represivas. De esta forma, pienso en cómo Saúl ha sido pulsado, y así tocado, acariciado, hablado, pero también en la manera en que ha habido una gran dificultad por parte de los padres de “parar”, de decir que no. Me parece que es muy importante no olvidar que los padres también están atravesados por un inconsciente, por una historia y así tienen su propio funcionamiento psíquico.

Por lo tanto, hay una interrelación entre lo inter e intrasubjetivo en la construcción del psiquismo y de la subjetividad, y pienso en la correlación entre los determinantes endógenos y exógenos de los que hace mención Bleichmar(1999).

Otro de los componentes del diagnóstico metapsicológico, fue que había una fluctuación entre el proceso primario y el secundario, por lo que hubo momentos en que sí utilizó mecanismos de defensa más avanzados y estructurados, pero en momentos fuertes de angustia se desorganizaba y podía llegar a utilizar mecanismos de defensa más primitivos como la escisión y la identificación proyectiva.

Así hipoteticé que la libido no estaba ligada y que hubo fallas en la represión primaria(elemento que también apareció en el diagnóstico clínico como “ fallas en la represión”, y fluctuación en el proceso de pensamiento primario y secundario), por consiguiente fallas en lo que refiere a la creación de vías de descarga o de ligazón que permitan construir defensas sobre la pulsión. Sin embargo sí observé que cuenta con recursos yoicos tales como el gusto por la escuela y un buen aprendizaje

escolar. La percepción que mostró de las personas fue predominantemente escindida, esto es, o es “bueno” o es “totalmente malo”, por lo que tiende a presentar dificultades en la integración.

Esto lo vinculo con uno de los elementos del diagnóstico clínico que fue la impresión de caos, y en otras habilidad en el control(ya que puede concentrarse y reflexionar cuando está más tranquilo en la escuela, el consultorio, etc.), así como con lo que señala Chabert (2000) sobre la asociación y la yuxtaposición de conductas neuróticas y conductas psicóticas, con una distribución variada de esas modalidades, en el funcionamiento de los pacientes fronterizos.

Esta característica me llevó a reflexionar sobre los límites, sobre las fronteras, y después de haber leído a Green (2001), me parece que su definición sobre lo “fronterizo” como una frontera que es móvil y fluctuante, tanto en la normalidad como en la afección, me ayudó a comprender dicha fluctuación, pero sobre todo a pensar sobre los procesos de transformación de energía y simbolización y así del concepto de neogénesis que plantea Bleichmar (1999).

De igual manera, estas fallas en la represión primaria tienen relación con lo que comenta este mismo autor sobre el discurso del fronterizo, el cual compara con un collar de perlas sin cuerda y que por ende, como terapeutas nos toca el establecimiento de los nexos que faltan a través de nuestro propio aparato psíquico. Por ejemplo, las conductas bizarras, de las que hablan Paz et. al. (1976) considero que tienen que ver con lo no ligado, lo que no tiene representación y sale al exterior de esta forma.

Este aspecto del diagnóstico me llevó a pensar, con el apoyo de la supervisión, que otros de los objetivos psicoterapéuticos, recaerían en la facilitación el proceso secundario, en posibilitar el rearmado de su estructura psíquica, así como del

desarrollo de un más amplio repertorio de mecanismos de defensa; y lograr desarrollar y reafirmar capacidades yoicas como son la simbolización, la diferenciación, pensamiento, juicio(datos que implican comprensión y evaluación de situaciones hipotéticas y reales, y las valoraciones acerca de las consecuencias de sus actos), prueba de realidad(que es la diferenciación entre los estímulos externos e internos), barrera al estímulo(habla de la flexibilidad de la persona ante el estrés así como de la manera en que se adapta después de que el estrés y los impactos de los estímulos ya no están presentes)⁶, función sintética del yo^{*}, entre otras.

De esta forma hago alusión a Houzel (2004) quien entiende a la función continente de Bion como la transformación por medio de la cual emociones y sensaciones impensables se tornan en pensables y por ende, pueden ser contenidas en una actividad de pensamiento en lugar de ser evacuadas en actos. Fue posibilitar que Saúl pudiera ponerle nombre por ejemplo a sus miedos, y relacionarlos con su historia, como cuando, jugando en el arenero pudo hablar de alguna de las veces en que pidió ayuda, apoyo a su madre y no recibió respuesta alguna.

Así, la manera en que intervine fue trabajando constantemente con la función de reverie y de contención, pero también con el sostén de Winnicott, por lo que trabajé con la operación doble de la que habla Green (2001) dando un continente a sus contenidos y dando un contenido a su continente, pero sin olvidar la movilidad de los límites y la polivalencia de las significaciones.

En muchas sesiones me enfrenté a la vivencia de lo impensable, de un “bombardeo” de frases con contenido terrorífico, de miedo, y en otras de confusión,

⁶ Son algunas de las funciones yoicas planteadas por Bellak(2000).

^{*} Es la asimilación de elementos extraños(internos y externos), unificando tendencias opuestas mediante el trabajo intelectual(Dorfman,1992).

de locura, para lo cual considero que tuve mi propio espacio de contención y de sostén con el fin de volver pensable eso impensable y podérselo transmitir a Saúl.

Durante estos dos años, mi reflexión también se enfocó en la importancia de diferenciar el mundo interior del exterior, el mundo psíquico interno del mundo psíquico de otro, pero a su vez viéndolo como una dialéctica. Esto es, como algo que sucede en los pacientes, en las sesiones, en el vínculo que tuve con cada uno de ellos, y así, el concepto de “ envoltura psíquica” de Houzel (2004), me ayudó a pensar sobre aspectos del marco terapéutico, del funcionamiento psíquico de los pacientes, y aspectos de la contratransferencia.

De esta manera, también trabajé con la angustia de Saúl mediante la contención, la función de reverie, y también con mi propia angustia en el espacio de supervisión y mi propio análisis. Fue trabajar con el yo de Saúl, librado al ataque interno-externo del que habla Laplanche (2000).

Me enfrenté a angustias de tipo psicóticas en momentos de fuertes cambios, que representaban alguna separación, como fue durante la hospitalización de su madre, en donde el contenido de las mismas era de temor a la aniquilación y a la separación. También presencié la emergencia de la angustia de intrusión de la que habla Green (2000) en donde Saúl reaccionó siendo agresivo o mostrando rechazo hacia su madre y me surgió la hipótesis de que si el algún momento él sintió este tipo de angustia conmigo.

Es fundamental, como mencionan Paz et. al (1976) tomar en cuenta la importancia de los fenómenos confusionales y por consiguiente, la necesidad de instrumentar una modalidad técnica que posibilite la discriminación. Recalcan que justamente esta fluctuación difícil de predecir es paradójicamente uno de los aspectos permanentes en la psicoterapia de estos casos, lo que me hace pensar en

la metáfora que hace Green (2001), de que los núcleos del yo pueden ser archipiélagos, que en lugar de verlos como islas rodeadas por el océano, podríamos pensar en lonjas aisladas de tierra delineadas por un espacio vacío y estas islas no tienen la posibilidad de conectarse entre ellas. Por lo tanto, como en una misma sesión observé la coexistencia de pensamientos, afectos, fantasías, presencia del principio de placer, del principio de realidad o de ambas.

Donet (2000), de igual forma refiere que, debido a la heterogeneidad de su estructura y la variabilidad de su funcionamiento, es muy importante la constancia del encuadre, y la prevención de huecos y restablecimientos aleatorios, es decir, de la experiencia de situaciones fronterizas.

Para trabajar esta fluctuación, coexistencia, falta de coherencia, falta de unidad, no sólo recurrí a Bion y Winnicott, sino también a la reflexión acerca de la utilidad de las preguntas, de los señalamientos, de las clarificaciones y de las interpretaciones. De ahí que haya desarrollado los instrumentos técnicos de los que habla Fiorini (1993), además de incluir a la contratransferencia como una herramienta muy importante en el trabajo psicoterapéutico, que como se vio en el marco teórico y en el diagnóstico clínico es muy intensa, y es importante tomar en cuenta la cualidad afectiva de la comunicación del paciente y la respuesta interior que provoca en los terapeutas (Green, 2001).

Así, el desarrollo del proceso psicoterapéutico, implicó la observación no sólo de la mente en evolución del paciente, sino también de la observación de lo que transcurría en la mía, lo cual representó, como lo señaló Pistinier de Cortinas (1999), dirigirme hacia los obstáculos que encontré en mi propia mente, en la de Saúl y en el vínculo, ya que ahí es donde reside el dolor y las emociones que necesitan transformación y procesamiento psíquico.

Pienso en los obstáculos que en ocasiones presenté para pensar o para escribir las sesiones, o en las veces que sentí un intenso miedo y confusión, y que al analizar esto en supervisión y si era el caso en mi propio análisis, pude comprender mejor a Saúl, a su historia, a su dolor, y así poder inventar o crear una estrategia de intervención que permitiera que el paciente fuera comprendiendo dichas emociones y ponerles palabras.

Esto me llevó a recordar lo que Margaret Little (1990) refirió de lo que Winnicott le dijo que demandaba un análisis como el de ella, como es el soportar la angustia, el dolor, la inseguridad, la pena, la impotencia, "... él debía soportar lo insoportable. No había defensa contra la paradoja o la ambivalencia, ya sea del paciente o en él mismo " (p.64).

Leer a Winnicott (1999) me ayudó a pensar profundamente acerca de la contratransferencia en la clínica y de la importancia de tomarla en cuenta y analizarla, aunque estando preparada para soportar la tensión sin esperar que el paciente sepa lo que está haciendo, quizás durante mucho tiempo. Situación que dependiendo de cómo se sintiera Saúl, viví con mucha frecuencia, asumiendo mis propios temores y odios, y desplegando, lo mejor que pude, mi paciencia, tolerancia y confianza, como dice Winnicott, "como una madre dedicada a su pequeño "(p.74).

De esta forma pienso en André (2000), cuando refiere que los elementos que aparecen como constantes del registro borderline son la posición clave de la madre y el papel decisivo del ambiente precoz, así como una respuesta privilegiada por el acto a lo que la psique no puede elaborar simbólicamente.

Por ende, el encuadre analítico representó al cuidado materno, y así fue muy importante aceptar mi "destrucción periódica"(y también el aborrecimiento que de esto resulta en la contratransferencia) como condición de mi resurrección periódica,

de tal forma que Saúl, desde una perspectiva winnicottiana me “ pudiera usar”. Como señala Green (2001), también navegué entre el riesgo de la angustia de separación y el de la angustia por su intrusión.

Por consiguiente el trabajo del encuadre fue crucial en la intervención psicoterapéutica, ya que cumplió distintas funciones como son las de contención y la constancia, de modo en que Saúl confiara en que lo que sucediera en las sesiones no saldría del consultorio, y que también se pudiera dar el relajamiento, con el fin de que se sintiera seguro y que confiara en que era un lugar donde se podía expresar libremente (Winnicott, 2005).

Esto lo aterrizo al proceso psicoterapéutico de Saúl y a su historia en general, y me doy cuenta que el medio, o las características poco seguras y confiables de su ambiente han repercutido en su desarrollo emocional. En cuanto al espacio psicoterapéutico, uno de los hilos conductores, como ya lo dije, fue el trabajo del encuadre, del sostén, de la contención, y así, de la creación de un “ambiente facilitador” para que pudiera hablar sobre sí mismo, expresar sus fantasías y sentimientos.

En lo que respecta a su historia, Saúl refirió que con su tía se sentía más tranquilo y ella ha comentado que con ella generalmente “ se porta bien”, y al estar en un ambiente “desordenado”, o “loco” irrumpe la ansiedad, mecanismos primitivos, y conductas disruptivas.

Analizando el proceso psicoterapéutico que se llevó en estos casi dos años, me doy cuenta de que sí hubo logros, como la disminución del sufrimiento y de la angustia, lo cual le permitió a Saúl que se sintiera más tranquilo, y así comenzó a hablar sobre su historia, sus fantasías, que aunque al inicio eran como pedazos de

un mosaico todos sueltos, considero que poco a poco, fuimos uniendo algunas de estas partes.

Saúl comenzó a integrar partes de sí mismo y de su historia, aunque aún hace uso de la escisión. Otro de los logros fue cada vez pudo diferenciar más entre la fantasía y la realidad, comprender la diferencia entre lo que pasa en su mundo interno y en el mundo de afuera.

Sin embargo, en momentos de cambios, de crisis, Saúl, como ya lo referí, hizo uso de mecanismos más primitivos, y presentar angustia de tipo persecutoria, identificación proyectiva, escisión, en donde el proceso secundario se ve inundado por el primario.

La angustia siguió disminuyendo, aunque en situaciones que representaban una separación, o algo que le reactivaba escenarios de sufrimiento, de abandono, o violencia, aparecía una angustia de tipo primitiva, y así el uso de mecanismos de defensa primitivos como la identificación proyectiva, la escisión, la proyección y el uso de la omnipotencia

A nivel familiar, uno de los logros fue que la relación entre hermanos mejoró, aunque ésta depende en parte de cómo se encuentre Ulises, por ejemplo tuvo una etapa en que robaba y esto angustiaba profundamente a Saúl, reaccionando con violencia, con burla. En cuanto a la relación con los padres, hubieron momentos en que éstos reportaron que “las cosas iban mejor,” y Saúl en algunas ocasiones expresó que ya sea que quería mucho a su mamá o a su papá, pero pocas veces dijo “a mis papas.”

Esta situación, a nivel contratransferencial representó enfrentarme a sentimientos de impotencia, de frustración y otras de desesperación, de confusión y hasta de locura.

El hecho de que se haya ido a vivir con su tía puede representar un logro terapéutico en el sentido de que le di seguridad para que hiciera escuchar su deseo. Me pregunto si hubo influencia de las veces en que hablamos acerca de que en un ambiente tranquilo, cálido, ordenado él se siente mejor, y así se haya sentido seguro para tomar esta decisión.

Por otro lado, la elaboración del Reporte de Experiencia Profesional, me permitió pensar en otras líneas a explorar, analizar, investigar, tales como la influencia de la estructura de personalidad o del funcionamiento psíquico de los padres sobre el del niño, preadolescente o adolescente. Lo que me llevó a interesarme sobre este tema es la propia historia de Saúl, sus vínculos, sus relaciones, pero también la manera en que el propio funcionamiento psíquico de sus padres ha influido en el de él.

Otro de los temas que considero sería interesante explorar más a fondo es el que concierne a la angustia y sus cualidades, así como las fantasías que pueden estar asociadas con ésta. Me parece que en el Reporte analicé de manera general o global el proceso psicoterapéutico, me quedé con la inquietud de adentrarme más en el tema de la angustia y del miedo, en cómo la ha manejado, cómo se defiende ante ella, y de algunas de las fantasías que considero se asocian a ésta.

Por último, trabajar con Saúl me llevó a reflexionar constantemente sobre la importancia del ambiente,- el ambiente como esa persona que da la contención y el sostén, el ambiente también como la familia, el ambiente como la escuela- en el desarrollo de los sujetos, y así sobre lo crucial que éste es en el trabajo terapéutico.

Por otro lado, reflexioné acerca de mis límites como terapeuta, de hasta dónde puedo llegar, y también me hecho cargo de mis sentimientos, fantasías y deseos. La interrupción de la psicoterapia de Saúl, significó en un principio, enfrentarme a

sentimientos de desilusión; a mis propios sentimientos de omnipotencia o impotencia como terapeuta; a fantasías relacionadas con una gran mejoría, a que Saúl pudiera introyectar e identificarse con un medio ambiente más contenedor, tranquilo. Por lo tanto, en construir un mejor continente interno para sus contenidos mentales y “arropar” a su yo con mejores y más gruesas envolturas psíquicas.

El trabajo psicoterapéutico con Saúl representó para mí muchas cosas. Desde lo académico, significó sumergirme en distintas teorías sobre el desarrollo infantil, sobre la cuestión de los límites y las fronteras, sobre la importancia del ambiente, sobre las distintas modalidades de la angustia, sobre el encuadre y la contratransferencia, sobre el sostén, etc., pero articulándolo en y por la clínica, con lo que a su vez iba sucediendo en las sesiones, en el vínculo terapéutico, en sus fantasías, angustia, conductas.

De igual forma, representó no sólo la reflexión y el pensamiento sobre la clínica, sino que también pude sentir y vivir, para después comprender con fines terapéuticos, esta angustia, los distintos mecanismos de defensa, sus carencias, de allí la importancia que para mí tuvieron el espacio de supervisión y de análisis personal.

Trabajar con Saúl, al principio un niño y después un púber con psicopatología fronteriza, me llevó a reflexionar profundamente sobre la clínica, sobre mi papel como psicoterapeuta, y a poner en palabras, mis intuiciones, ideas que tenía sobre la clínica al iniciar la Residencia, de las cuales recuerdo ahora dos, una era la importancia de saber desde dónde partimos y la otra era acerca de que sí había sufrimiento en los niños, el cual se manifestaba de distintas formas.

Ahora, al estarme acercando al final de este Reporte, puedo decir que sí hubieron logros importantes y que Saúl pudo lograr“ escapar”, de la locura familiar, y encontrar un ambiente familiar externo que le dé tranquilidad y confort.

Capítulo VII. Conclusión

Realizar este trabajo significó integrar los conocimientos teóricos y prácticos que obtuve a lo largo de la Residencia en Psicoterapia Infantil. Algunas de las preguntas, reflexiones, intuiciones planteadas a lo largo del trabajo, tienen que ver con la importancia que desde un inicio di, a tener lo más claro posible desde dónde estaba partiendo para entender los casos, la clínica, por lo tanto, la relación entre la teoría y la práctica.

La escritura de este trabajo me llevó a reevaluar, repensar, reanalizar, mi formación como psicoterapeuta infantil, y observar los cambios que tuve, los aprendizajes, las dificultades, las ideas, los sentimientos, algo que pienso que siempre hay que hacer.

También, al estar escribiéndolo, pasé por distintas etapas, desde claridad hacia dónde iba, hasta confusión y en ocasiones hasta sentirme “atorada”. De esta manera, volví a pensar sobre la formación como Psicoterapeuta Infantil, y cómo nosotros somos la “herramienta” de trabajo, y por lo tanto que somos sujetos con una historia y psiquismo determinado, trabajando con sujetos que también tienen su historia y su psiquismo.

La Maestría representó un proceso de conocimiento, de reflexión, de identificación, de integración desde lo intelectual, emocional, clínico; un vaivén del adentro al afuera y de regreso. Pienso que cada Materia, desde Métodos de Investigación y Medición y Evaluación, hasta Modelos de Intervención, Desarrollo Infantil, Evaluación Psicológica, Psicoterapia de Grupos, contribuyó en mi formación, ya que, aunque sí reconozco qué me gusta más y qué menos, pude reflexionar, pensar, cuestionar, vincular, analizar,- competencias que considero- he podido adquirir y que han contribuido en mi formación como terapeuta.

Por otro lado, la experiencia de estar en el CISAME, fue realmente gratificante y enriquecedora tanto en el aspecto profesional como en el académico y personal. Cada uno de los niños me dejó un aprendizaje único. Aprendí a trabajar y a escuchar desde otras disciplinas, lo cual fue muy rico e interesante. La Residencia en esta Institución me permitió aprender a adaptarme y a trabajar lo mejor que se podía con las reglas Institucionales, por ejemplo, no poder trabajar dos veces a la semana con Saúl, lo cual hubiera sido lo adecuado.

Haciendo un ejercicio de recapitulación, rememoración y análisis, pienso que la Residencia sí me permitió tener una preparación integral, ya que releendo las bitácoras, y reflexionando, me doy cuenta que pude conjuntar lo que leí y pensé, con la clínica(o lo práctico). Pero también, sobre lo crucial que es la Supervisión en mi formación como psicoterapeuta, además del análisis personal

De esta forma, me doy cuenta que todo esto me ayudó a desarrollar actitudes y competencias como terapeuta, tales como la capacidad de escucha, de análisis, de observación, de interpretación, pero también el desarrollo de la empatía, de la contención, de la comprensión e importancia del encuadre y el diagnóstico, del desarrollo de la capacidad de jugar e inventar, de la capacidad de realizar un trabajo de autoanálisis y autocrítica de mi propio trabajo, desde lo emocional e intelectual.

Cada profesor me aportó mucho, no sólo en lo académico y teórico, sino que también en lo referente a las experiencias, a la práctica y a la clínica. De esta manera, pude analizar, diferenciar e integrar, distintas formas de ver a la clínica, para de manera paulatina, ir creando mi propia representación de la psicoterapia infantil: identificar y comprender el enfoque con el que más coincido, con el que me explico la psique, la historia, el desarrollo del niño; identificar y reflexionar sobre las

distintas maneras de intervenir y entender con cuál o cuáles coincido y me “acomodo” más.

En cuanto a la Cámara de Gesell siendo coterapeuta, pienso que aprendí muchísimo sobre la clínica, sobre la teoría pero también sobre mi misma. Esto es, al principio me fue difícil adaptarme a esta modalidad, ya que me sentía incómoda siendo observada, pero poco a poco, con el grupo y mi supervisora pude “soltarme” más y así fui interviniendo de manera más abierta y libre. Como observadora me parece que aprendí a observar los casos desde la orientación psicoanalítica, y a su vez, a reflexionar sobre cuestiones técnicas y teóricas.

En el espacio de supervisión, considero que pude entender la importancia del mismo, y cómo esto me ayudó a ser autocrítica, a reflexionar sobre lo que hago, cómo lo hago, porqué lo hago y desde dónde. También significó un espacio de contención y “espejeo” en donde puedo ir reflexionando sobre mi trabajo como terapeuta, sobre mis fortalezas, debilidades, “huecos” a trabajar en mi propio espacio analítico, de igual forma, representó ha un estímulo para leer, y entender lo delicado y a la vez apasionante que es el trabajo clínico con niños.

Esto lo relaciono con la importancia que ha tenido para mi estar en análisis, no sólo a nivel personal, sino que también a nivel profesional. Cada niño, y en este caso en particular, Saúl movió sentimientos, reacciones que los pude analizar, entender y elaborar comprendiendo de qué manera se “inmiscuyen” en y con mi propia historia. De igual manera pienso que las lecturas, además de promover el aprendizaje, la reflexión, también promueven que se “sacudan” partecitas de mi vida. Así me parece pertinente hacer alusión a Winnicott(1945) cuando comenta sobre lo peculiar que es la psicología como ciencia ya que “. . . Examinamos con nuestra mente la misma mente que estamos utilizando, y analizamos con nuestros

sentimientos nuestros propios sentimientos. Es algo así como tratar de examinar un microscopio con su propia lente.” (p.135).

Como terapeuta, pienso que, aunado a la habilidad de articular la teoría con la práctica, pude darme cuenta de la importancia de un trabajo integral. Esto es, de poder relacionar la teoría, con el trabajo clínico, con la supervisión de casos, y con la propia terapia, ya que cada vez me doy cuenta que el instrumento en el trabajo psicoterapéutico somos nosotros, y nosotros con nuestra personalidad, nuestra historia, nuestros “huecos” personales, nuestra muy particular forma de ver la vida, nuestra infancia, nuestros dolores, nuestras alegrías, en fin, trabajamos desde lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos cada día. Ser terapeuta para mí es una gran responsabilidad y algo que implica una continua formación en lo teórico, clínico y personal. Formación que me siento muy contenta de haber tenido, y que ya es parte de lo que soy en este momento, pero también de mis futuros proyectos.

Bibliografía

- Aberastury, A.(1973) *Aportaciones al psicoanálisis de niños*. Argentina: Paidós.
- André, J.(2000)”” Introducción: El único objeto.” En André, J.(2000). *Los estados fronterizos. ¿Nuevo paradigma para el psicoanálisis?* Argentina: Nueva Visión.
- Anzieu, A., Anzieu, P.C., Daymas, Ch.(2001) *El Juego en Psicoterapia del Niño*. España: Biblioteca Nueva
- Bellak, L., Abrahams,D.(2000)*T.A.T,C.A.T, Y S.A.T. Uso Clínico*. México: Manual Moderno.
- Bergeret, J. (2001) *La Personalidad Normal y Patológica*. España: Gedisa.
- Bleichmar, S. (1999) *Clínica Psicoanalítica y Neogénesis*. Argentina: Amorrortu.
- Chabert, C.(2000)” Los funcionamientos fronterizos: ¿Qué fronteras?” En André, J.(2000) *Los estados fronterizos. ¿Nuevo paradigma para el psicoanálisis?* Argentina: Nueva Visión.
- Doltó, F. (2005) *Psicoanálisis y Pediatría*. México: Siglo XXI.
- Donet, J. (2000)”” Pacientes fronterizos, situaciones fronterizas.” En André, J. (2000) *Los estados fronterizos. ¿Nuevo paradigma para el psicoanálisis?* Argentina: Nueva Visión.
- Dorfman, B.(1992) *Pacientes limítrofes. Diagnóstico y Tratamiento*. Argentina: Lugar Editorial.
- Fédida, P. (2000) “¿Un paciente de sueño para un psicoanalista?” En André, J.(2000). *Los estados fronterizos. ¿Nuevo paradigma para el psicoanálisis?* Argentina: Nueva Visión.
- Fiorini, H.(1993) *Estructuras y abordajes en psicoterapia psicoanalíticas*. Argentina: Nueva Visión.
- Fiorini, H.(1993) *Teoría y técnica de psicoterapias*. Argentina: Nueva Visión
- Flores i Formenti,(2002) *DSM-IV TR manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. [Barcelona : Masson.](#)
- Freud, S. (1937) “Construcciones en el análisis.” En: *Obras Completas* (2001), vol.XXIII. Argentina: Amorrortu.
- Green, A.(2005) *Jugar con Winnicott*. Argentina: Amorrortu.
- Green, A. (2001) *De locuras privadas*. Argentina: Amorrortu.

- Green, A. "Génesis y situación de los estados fronterizos." En André, J. (2000) *Los estados fronterizos. ¿Nuevo paradigma para el psicoanálisis?* Argentina: Nueva Visión.
- Guillaimin, J. (2004) "Las envolturas psíquicas del psicoanalista. Hipótesis sobre una aplicación de la teoría de las envolturas psíquicas al estudio del funcionamiento del psicoanalista." En Anzieu, D. (2004) *Las envolturas psíquicas*. Argentina: Amorrortu
- Houzel, D. (2004) "El concepto de envoltura psíquica." En Anzieu, D.(2004) *Las envolturas psíquicas*. Argentina: Amorrortu
- Ito, M.E., Vargas, B.(2005) *Investigación cualitativa para psicólogos*. México: Porrúa.
- Kernberg, P., Weiner, A., Bardenstein, K.(2002) *Trastornos de Personalidad en Niños y adolescentes*. México: Manual Moderno. pp.119-157.
- Khan, M.(1975) *Temas de psicoanálisis. 1. Sobre Winnicott*. Argentina: Ecos.
- Klein, M.(1952) "Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé." En Klein En Klein, M.(1974) *Obras Completas III Desarrollos en Psicoanálisis*. Argentina: Paidós, pp.70-99.
- (1946) "Notas sobre algunos mecanismos esquizoides." En Klein, M.(1974) *Obras Completas III Desarrollos en Psicoanálisis*. Argentina: Paidós, pp.252-275.
- Laplanche, J.(2000) *La angustia. Problemáticas I*. Argentina: Amorrortu
- Laplanche, J. y Pontalis, J. (1996) *Diccionario de psicoanálisis*. España: Paidós.
- Little, M.(1990) *Relato de mi análisis con Winnicott*. Argentina: Lugar Editorial.
- Nágera, H.(1970) *Desarrollo de la Metapsicología en la Obra de Freud*. *Conflictos y Ansiedades*. Argentina: Horme.
- Nathan, T. (2004)"Dos representaciones oníricas del yo-piel." En Anzieu, D.(2004) *Las envolturas psíquicas*. Argentina: Amorrortu

- Panceira, A. "Análisis estructural de la patología fronteriza." En : Outeiral, J. ,
Abadi, S. (1999) *Donald Winnicott en América Latina. Teoría y Clínica
Clínica Psicoanalítica*. Argentina: Lumen.
- Paz, C., Pelento, M., Olmos de la Paz, T. (1976) *Estructuras y estados fronterizos en
niños, adolescentes y adultos. I. Historia y conceptualización*. Argentina:
Nueva Visión.
- Pechberty, B.(2000) *Lo infantil y la clínica del niño*. España: Síntesis.
- Pistinier de Cortinas, L.(1999)" El nacimiento psíquico de la experiencia
emocional.(Sobre el equipamiento mental para el contacto y comprensión
de la realidad psíquica)." En: Tabak, E., Antar, M., et al. (1999)" *Bion
Conocido/Desconocido*. Argentina: Lugar Editorial.
- Pistinier de Cortinas, L., Neborak, S.(1999) "El Don no solicitado. Vicisitudes del
proceso de simbolización y su relación con la realidad psíquica." En: Tabak,
E., Antar, M., et al. .(1999)" *Bion Conocido/Desconocido*. Argentina: Lugar
Editorial.
- Rodríguez, G., Gil, J., García, E.(1999) *Metodología de la Investigación Cualitativa*.
España: Aljibe.
- Rother, M. C, comp.(2007) "Identidades Borrosas." En: Rother, M. C, comp.(2007)
Adolescencias: Trayectorias Turbulentas. México: Paidós.
- Tabak, E., Antar, M., et al. .(1999)" "Bion, ese conocido/desconocido. . . Una
memoria del futuro del psicoanálisis."En: Tabak, E., Antar, M., et al.(1999)
Bion Conocido/Desconocido. Argentina: Lugar Editorial.
- Widlöcher, D.(2000)" Clivaje y sexualidad infantil en los estados fronterizos. En
André, J.(2000). *Los estados fronterizos. ¿Nuevo paradigma para el
psicoanálisis?* Argentina: Nueva Visión.
- Winnicott, D.W.(2006) *La Naturaleza Humana*. México: Paidós.
(2005)*Realidad y Juego*. España: Gedisa

(1999) *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. España: Paidós.

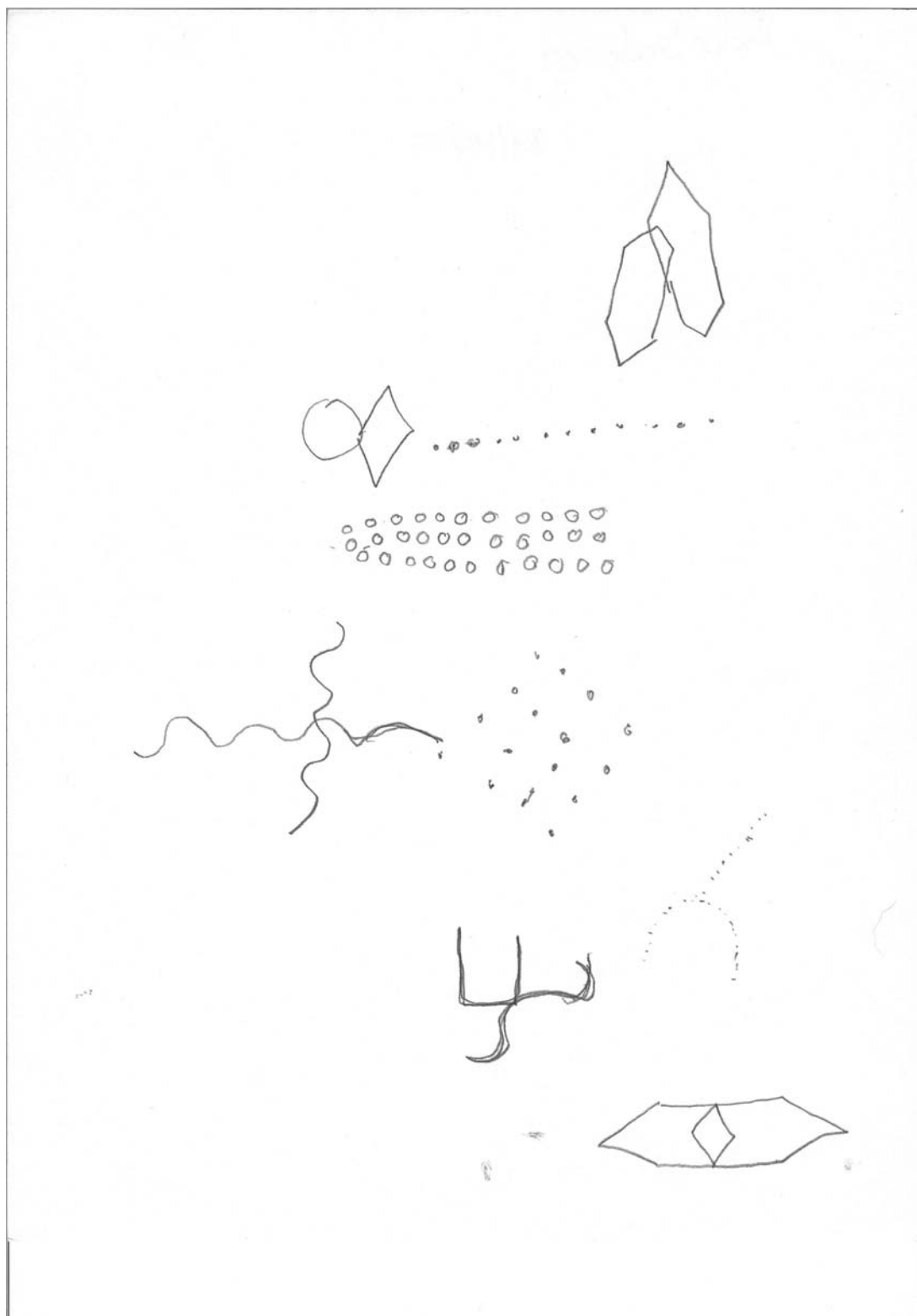
(1993) *El hogar, nuestro punto de partida. Ensayos de un Psicoanalista*. México: Paidós

(1993) *El niño y el mundo externo*. Argentina: Lumen.

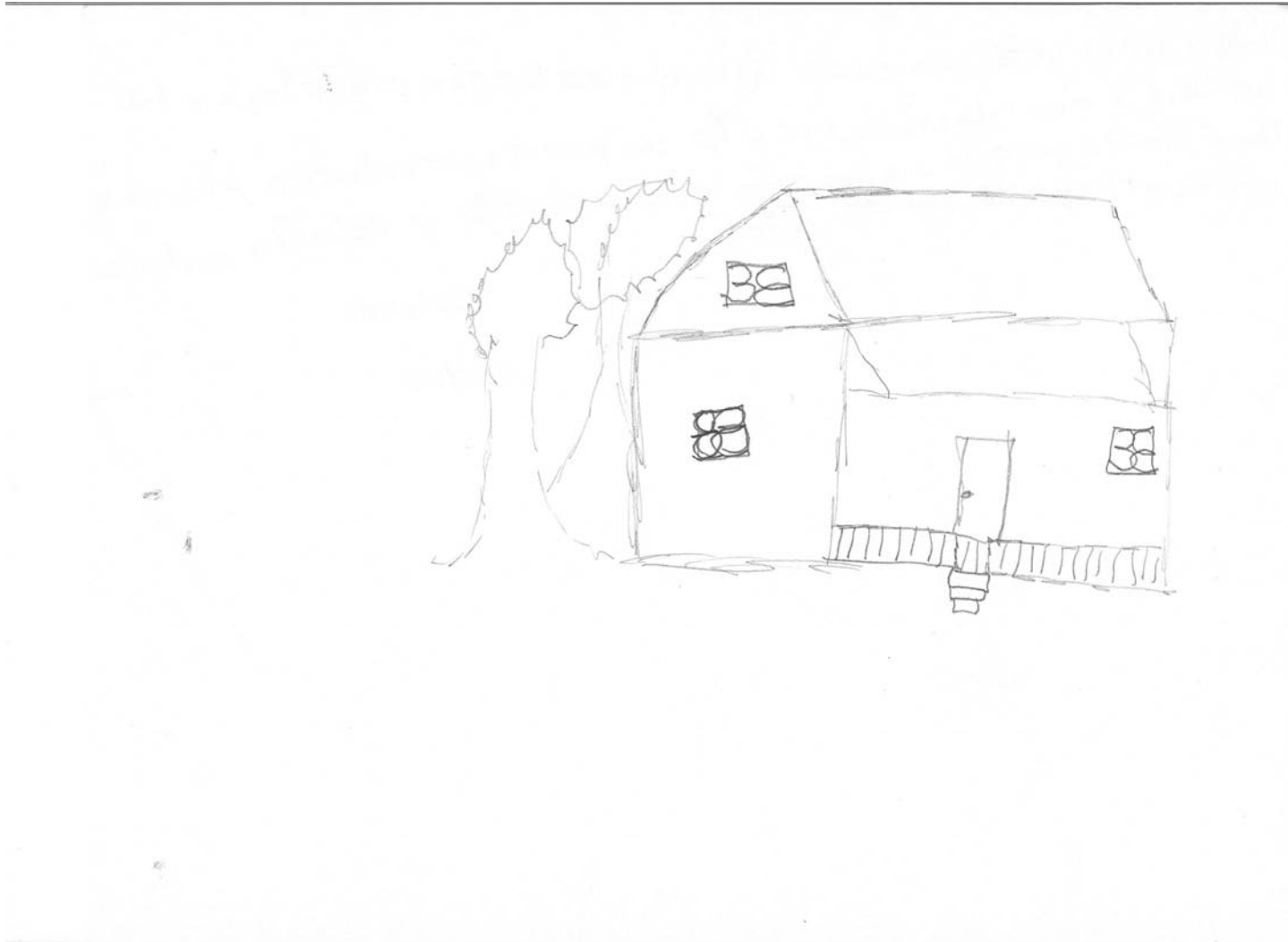
Apéndice 1. Dibujo Libre



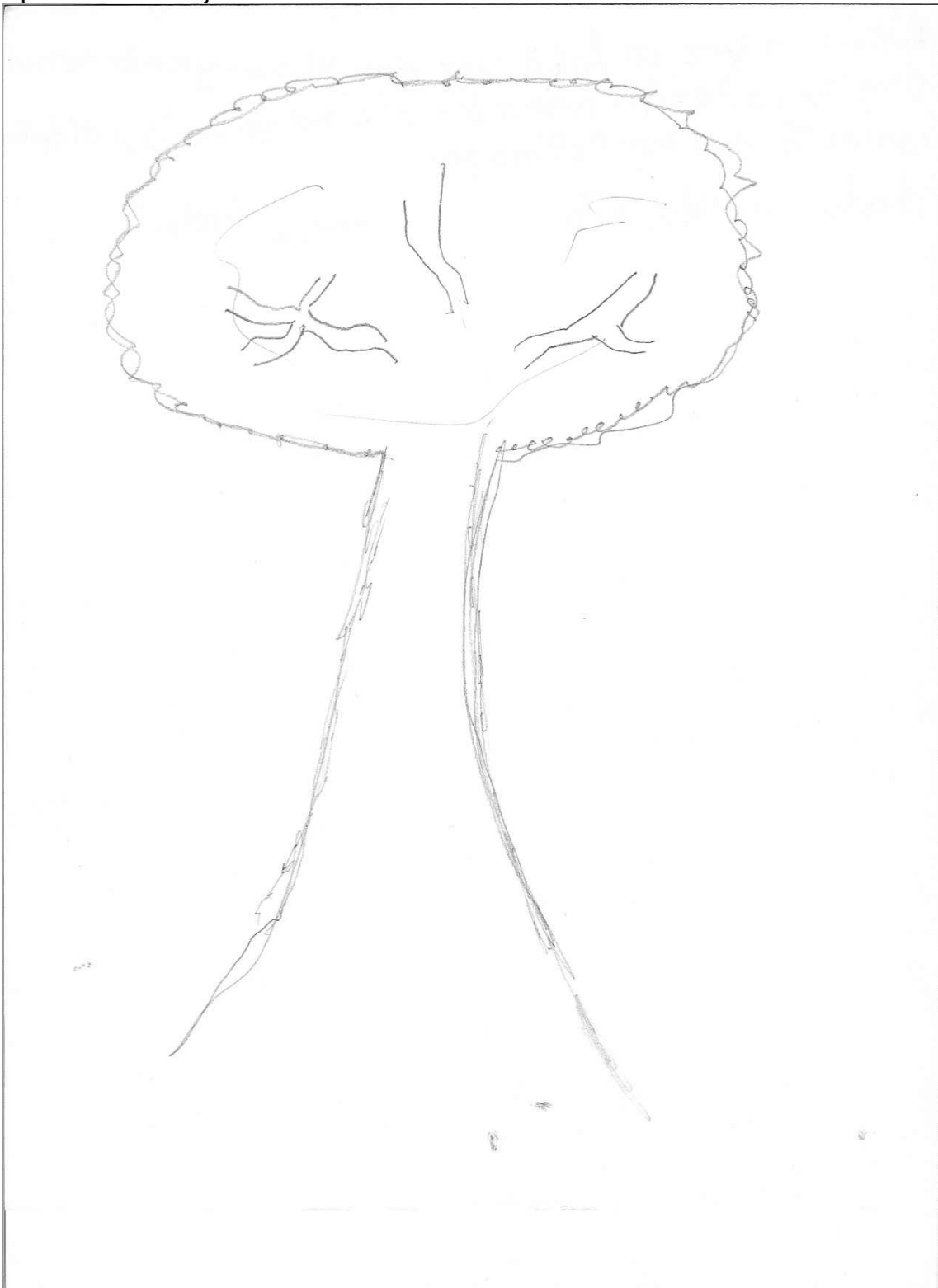
Apéndice 2. Bender



Apéndice 3. Dibujo casa



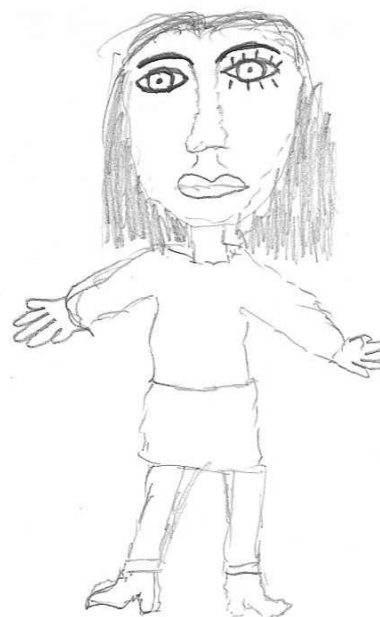
Apéndice 4. Dibujo árbol



Apéndice 5. Dibujo persona(Machover)
Figura masculina



Apéndice 6. Dibujo persona(Machover)
Figura femenina



Apéndice 7. CAT

CAT

1. “Érase una vez una familia que se desapareció su papá en fantasma. Ellos estaban comiendo cuando sucedió eso.”
2. “De repente querían sus hermanitos y hermanos grandes jugar a ver quién se tiraba al lado con la cuerda floja.”
3. “Su abuelito estaba con su nieto que estaba contando una historia y el niño muy atento escucha la historia de su abuelito.”
4. “Su mamá iba de prisa a comprar el mandado y el niño venía con su bicicleta atrás de ella.”
5. “ Ahí los dos niños están contando historias en la oscuridad platicaban” hola hermano¿ qué estás haciendo?” “ nada mi hermanito me voy a tener que dormir para mañana, cuídate mucho, hasta mañana, buenas noches” ya.”
6. “ De repente cuando estaban dormidos su hermano pequeño vio una sombra parecía el bastón de su abuelito pero dijo “ no pasa nada, estoy tranquilo.”
7. “Luego apareció una bruja que se quería comer al niño, la bruja dice” no te escapas”. “ Déjame tranquilo”, dice el niño, y salió corriendo, y ya.”
8. “ Luego su mamá animó al niño a que se fuera a dormir a su cama y sus dos hermanos se estaban secreteando cosas, que lo iban a asustar.”
9. “ Derepente la puerta se abrió, se agitaban las cortinas y el niño muy curioso quiso ir a ver qué, pero no se animó.”
10. “ Lo iban a bañar al niño y todo salió muy perfecto, el niño feliz, bien bañado fue a su cama a dormir, fin.”

Apéndice 8. Test de la Familia



