



Universidad Nacional Autónoma de México
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

**EPISODIOS PSICÓTICOS EN UNA ADOLESCENTE: CONJUNCIÓN DE ESTRUCTURA
LIMÍTROFE DE PERSONALIDAD, CON LA VIVENCIA DE EVENTOS TRAUMÁTICOS**

_TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRIA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

SERGIO ALEJANDRO PALACIOS GRANADOS

DIRECTOR:

DRA. MARIA LUISA RODRÍGUEZ HURTADO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

COMITÉ:

DRA. MARIA LUISA RODRIGUEZ HURTADO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MTRO. VICENTE ZARCO TORRES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MTRA. SILVIA VITE SAN PEDRO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DRA. ANA LOURDES TÉLLEZ ROJO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MTRA. GUADALUPE SANTAELLA HIDALGO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Ciudad de México

FEBRERO 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis significó un largo recorrido no únicamente profesional y académico, sino personal. En lo individual representó un significativo reto, del cual me siento orgulloso haber alcanzado. Sin embargo, no me es posible pensarla excluyendo un arduo trabajo en equipo por el periodo de dos años, tiempo durante el cual cursé la maestría acompañado de personas muy significativas, quienes hicieron de éste un camino único lleno de aprendizaje, trabajo constante, esfuerzo, amor y alegrías

Primero, quiero agradecer a la vida misma, a esa serie de sincronicidades que me han permitido el privilegio y la posibilidad de estar en el lugar y con las personas correctas para desarrollarme en el área de la salud mental que tanto me apasiona, y con ello lograr el crecimiento profesional hacia el cual me encuentro enfocado. Agradezco también a Dios por el aquí y ahora, este preciso instante de plenitud y felicidad que me motiva a continuar buscando el aprendizaje y crecimiento para lograr ser un mejor ser humano y profesionista.

Por supuesto, a la UNAM por abrirme amorosamente sus puertas del saber y conocimiento, por haber podido acceder a una formación de alta calidad que amplió mi visión respecto a las necesidades de nuestra sociedad, exigiendo en mí un pensamiento crítico, provisto siempre de un inquebrantable sentido ético, que me ha posibilitado de brindar atención profesional, especializada y comprometida con quienes se han acercado a mí como profesional de la salud mental en busca de atención y apoyo.

Al CONACYT por el apoyo y confianza que me brindó para poder enfocarme plenamente a la obtención de este grado, por invertir en la juventud apostando al desarrollo científico de nuestro país, considerando que desde nuestra labor como gremio de psicoterapeutas, podamos aportar a la valoración y dignificación de la Psicología como una disciplina científica y formal capaz de ofertar soluciones a las múltiples problemáticas y diversos retos que día con día presenta nuestra sociedad y país.

Quiero agradecer muy especialmente a mi supervisora, la Dra. María Luisa Rodríguez Hurtado porque sin sus conocimientos, experiencia, guía y entera disposición a apoyarme a la consecución de este importante reto y objetivo profesional no habría logrado concluir el presente trabajo que sintetiza el esfuerzo llevado a cabo en las aulas, el consultorio y los espacios de supervisión que me permitieron pensar con claridad el caso y haber llevado a

cabo una estrategia de intervención terapéutica efectiva, lo cual ha impactado de manera positiva en todo mi quehacer profesional.

Gracias también a mi colega, exjefe y amigo Edgar Díaz Franco por haberme formado de manera desinteresada y exigente en la clínica hospitalaria, así como por la transmisión de amor, compromiso y entrega ética a nuestra labor. Agradezco así también a todos mis profesores a lo largo del programa de la maestría, cada uno de ellos y ellas, en sus diversos y muy personales estilos y saberes sumaron resultados en mi crecimiento profesional, ya sea a partir de la transmisión de los conocimientos teóricos, así como compartiendo su técnica a nivel práctico y su entera disposición a supervisar mis intervenciones en el consultorio. Gracias por su orientación y guía.

Gracias papás por todo su amor, esfuerzo y apoyo para poder ser quien quiero y decido ser, por siempre creer y confiar en mí, no sólo apoyando sino impulsando mis decisiones, simplemente por estar y con ello ser el vivo ejemplo de perseverancia y superación en mi vida.

Esta etapa personal y profesional fue sumamente significativa para mí ya que me permitió una mejor y mayor apreciación del valor de la amistad, de quienes estuvieron detrás de mí alentándome con su cariño, apoyo y comprensión, como de las nuevas personas que llegaron a mi vida, algunas de las cuales se convirtieron en importantes amistades que tuve oportunidad de cultivar en el proceso, nuevos amigos con quienes de una forma muy especial he compartido la alegría de este logro tan importante para mí. Gracias por haber estado y seguir.

Por último, pero de lo más importante, no dejaré nunca de encontrarme plenamente agradecido con mis pacientes, como escribiera Didier Anzieu *“a mis pacientes, que pagaron por enseñarme”* ya que de forma única y genuina han aportado de múltiples maneras a mi desarrollo profesional, gracias por exigirme, por inspirarme, por compartirme su historia, deseos, sueños, miedos y sus mundos internos... por haber tomado la decisión de ingresar a un tratamiento para tomar así las riendas de su vida para vivirla mejor. Gracias V. por haberme permitido aprender de los adolescentes a través de tu historia, reafirmando con ello la esperanza que tengo en el ser humano y en su búsqueda de la plenitud y felicidad a través del armarse, reinventarse y darse a la vida como el mar se da a las olas: con fuerza y amor.

“EPISODIOS PSICÓTICOS EN LA ADOLESCENCIA: CONJUNCIÓN DE ESTRUCTURA LÍMITROFE DE PERSONALIDAD, CON LA VIVENCIA DE EVENTOS TRAUMÁTICOS”

RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	6
I. MARCO TEÓRICO.....	7
PSICOBIOLOGÍA DE LA ADOLESCENCIA.....	7
ADOLESCENCIA Y SOCIEDAD.....	9
ESTRUCTURA DE PERSONALIDAD Y FORMACIÓN DEL YO.....	10
PUNTUALIZACIONES SOBRE LAS NEUROSIS, PSICOSIS Y ESTRUCTURA LÍMITE.....	14
II. MÉTODO.....	19
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
2. MOTIVO DE CONSULTA.....	21
3. OBJETIVOS.....	22
4. SUPUESTO GENERAL.....	23
5. DEFINICIÓN DE CATEGORÍAS.....	23
6. TIPO DE ESTUDIO.....	26
7. PARTICIPANTES.....	26
8. INSTRUMENTOS.....	26
9. PROCEDIMIENTO.....	28
10. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	29
III. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	30
VÍNCULO SIMBIÓTICO MADRE-HIJA DURANTE LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA, UN INACABADO PROCESO DE INDIVIDUACIÓN.....	30
LA EXISTENCIA DE UN VÍNCULO SIMBIÓTICO Y UN INACABADO PROCESO DE INDIVIDUACIÓN FAVORECIERON LA FORMACIÓN DE UNA ESTRUCTURA LÍMITROFE DE PERSONALIDAD EN LA PACIENTE.....	35
ACONTECIMIENTOS VIVENCIADOS COMO TRAUMÁTICOS, COMO FACTORES. DESENCADENANTES.....	41
APARICIÓN DE EPISODIOS PSICÓTICOS COMO FENÓMENOS TRANSITORIOS, RESULTADO DE LA CONJUNCIÓN DE LA ESTRUCTURA DE PERSONALIDAD CON LOS EVENTOS TRAUMÁTICOS.....	45
IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.....	50
V. ANEXOS.....	55
HISTORIACLÍNICA.....	55
TABLA DE ASISTENCIA A SESIONES.....	66
VI. REREFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	68

RESUMEN

El presente trabajo expone un caso donde se evidencia la importancia del proceso de separación-individuación del sujeto respecto a la relación simbiótica que se establece de manera natural y necesaria en un primer momento entre el bebé y su cuidador(a), en este caso la madre, dando con ello lugar a la necesaria diferenciación que favorece el nacimiento psicológico del individuo.

Se trata de V, una adolescente que acudió a consulta “para estar mejor ...y lograr que no regresen las alucinaciones” (sic), a la vez que su madre refirió su preocupación al respecto debido a los temores que percibe en su hija, derivados de las secuelas que en ella han dejado eventos acontecidos en su desarrollo, vivenciados por V. como traumáticos, así como impulsividad que la ha puesto en riesgo y la constante irritabilidad que en ella percibe, asociando la misma al enojo que guarda hacia ella y sus hermanos.

Esta viñeta clínica describirá los objetivos de las funciones parentales necesarias en la constitución psíquica y su relación con la conformación de la particular estructura limítrofe de personalidad del sujeto del presente estudio.

Resulta conveniente enfatizar la importancia de la adolescencia en cuanto a los cambios que experimenta la persona, partiendo de la irrupción de la genitalidad (situación que en particular ha traído consigo montos importantes de angustia en V., al remover situaciones vivenciadas como traumáticas en su desarrollo psicosexual), condición que promueve la reelaboración de experiencias anteriores que pueden, a través del proceso psicoterapéutico, resignificarse, en particular aquellas que han resultado dolorosas por su carácter disruptivo en la historia personal; repercutiendo así en la formación de la identidad individual que se construye y por ende, en los tipos de vínculos establecidos, relaciones interpersonales y estilos de afrontamiento.

Considerando lo anterior fue que se diseñó un plan de tratamiento en el cual el papel del terapeuta, en el ejercicio de la función del sexo opuesto (en este caso particular vivido como agresor) fue determinante para que V. fortaleciera su psiquismo, mejorando su estado de ánimo y lograra un mejor control de su carácter y conducta, conduciéndose con ello, de forma más asertiva.

ABSTRACT

The present work presents a clinical case, which shows and describes the importance of the separation-individuation process of the individual in respect of the symbiotic relationship which is necessary and naturally established between the newborn and its carer, in this specific case, the mother; giving place to a necessary differentiation which allows and ease the psychological born of the individual.

V. used to be a teenager whom consulted psychotherapy in order “to be alright, better... to avoid the hallucinations to come back”, by the time her mother expressed her concern regarding the fears she perceives in her daughter, related to the emotional aftermath that some events that has been lived as traumatics by the patient , which took place in different moments in her development; expressing also concern regarding to her daughters impulsiveness which has taken her into risky situations, referring as well her irritability, which she associates to a saved anger against her siblings and mother herself.

This clinical vignette will describe the objectives of the parental functions necessary in the psychic constitution, as well as the conformation of a particular and specific borderline personality structure, present in the individual of the present work.

It is appopiate to emphasize the importance of adolescence in terms of the changes that the individual experiences, on the basis of the onset of the sexuality (condition that has particularly brought an important amount of anguish in the patient, bringing back old memories that has been lived as traumatic in her personal psicosexual development, in which case the psychotherapy promote that previous experiences acquires new meanings, impacting on her coping style and into the identity that she will build and asume as well as the quality of interpersonal relationships to be engaged on.

By taking into account the former information, a treatment plan was designed in which the role of the therapist – executing the role of the opposite sex, which representantes a threat – in the exercise of important therapeutic functions, was important for V. in the strengthening of her psyche, in finding herself and her own desire and in behavin more assertively.

I. MARCO TEÓRICO

Psicobiología y psiquismo del adolescente

Si bien no es la intención del presente trabajo proporcionar una explicación exhaustiva y profunda de lo que es la adolescencia, resulta de básica importancia brindar la descripción de los elementos constitutivos que permitan conceptualizar y contextualizar los factores implicados en esta etapa de desarrollo, a la vez que se provee un marco referencial para el análisis del caso.

Son diversas las circunstancias que se deben considerar al intentar una explicación de la adolescencia, pues este periodo está constituido por múltiples facetas que conforman un mosaico entre lo biológico, lo psíquico y lo social. Es una sucesión conflictiva de interacciones entre dichos factores que tiende a la resolución de un conflicto básico de identidad, o más bien, de falta de esta, pues su conformación es en sí una búsqueda, un periodo de transición —desde una perspectiva evolutiva de la psicología— en el individuo y un camino cuyo destino es el encuentro consigo mismo mediante la reformulación de su autoimagen y mundo infantiles, así como de la representación de sí mismo que hasta entonces ha tenido.

En esta etapa de desarrollo son constantes las modificaciones corporales y traen consigo un importante correlato de cambios psicológicos. Por una parte, hay modificaciones fisiológicas significativas que representan, a su vez, un ciclo de conformación del carácter, en tanto necesariamente se transita, mediante la búsqueda, hacia la construcción de una nueva identidad cuyo surgimiento se da en los planos consciente e inconsciente. En ese sentido, la adolescencia sería, de acuerdo con Fize (2007), un sinónimo de pubertad, pues su base remite a los cambios a los cuales el individuo tiene que adaptarse.

Es una época de desconocimiento y desprendimiento en la que se va dejando atrás el desarrollo infantil con todas sus implicaciones, lo que Aberastury y Knobel (1988) han definido como un triple duelo, es decir, por el cuerpo infantil, la relación con los padres de la infancia y el mundo infantil (determinado por la identidad y sus roles) fuera del que debe transitar. Con esto se va trazando una relación más consciente consigo mismo, la cual se ve favorecida por una estructuración yoica más delimitada, lo que ayuda a conseguir uno de los logros más relevantes de este transitar: la formación de identidad.

Recapitulando acerca de la vida sexual infantil, vemos que es en la pubertad cuando el ser humano adquiere la madurez sexual en el plano físico y biológico, pues se inicia el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, con lo que cobra particular relevancia la genitalidad. Surge, entonces, un nuevo reto por resolver en esta fase del desarrollo psicosexual, a saber: lograr la adaptación y el sostenimiento del equilibrio entre lo instintivo —con su consecuente presión interna— y la presión externa del mundo que le rodea, que también plantea demandas concretas en lo tocante a la capacidad de amar y satisfacer las necesidades sexuales que adquieren particular significación. Es decir, debe establecerse una transacción relacional entre el yo y el ello que permita ya sea la demora o postergación, o bien la satisfacción de los deseos.

La representación corporal que el adolescente tiene de sí mismo y la manera en que se relaciona con esta es de suma importancia en cuanto al manejo de dicha experiencia porque supone un *continuum* en evolución que traerá consigo importantes cambios para los cuales no está preparado y que tendrá una incidencia directa en la realidad intrapsíquica del individuo y, por ende, en su capacidad integradora de estos cambios y de la capacidad adaptativa a su medio social.

Otro factor sustancial en este periodo —en términos generales— es la disminución de la dependencia de los padres que hasta entonces había caracterizado el desarrollo, y que trae consigo un efecto transformador de las actitudes ante los objetos externos y permite apreciar una transición hacia la introyección de esas figuras. Al respecto, Anna Freud (1961, p. 159) enciona que los principios invocados por padres y educadores son introyectados en gran medida [...] teniendo entonces que “dentro del yo se ha instalado una institución permanente, como representante de las exigencias ambientales: el superyó”.

Surge así un nuevo modo relacional con los padres, caracterizado por cambios en la dependencia-independencia y asociados a la dotación de una nueva autonomía, así como a la puesta a prueba de los límites de la autoridad, lo que genera conflictos que pueden llevar a la negociación y a acuerdos sobre nuevas formas de interacción, respecto a las cuales Aberastury y Knobel (1988, p. 42) afirman: “El desprecio que el adolescente muestra frente al adulto y su mundo es, en parte, una defensa para eludir la depresión que le impone el desprendimiento de sus partes infantiles”, y que “las luchas y rebeldías externas del adolescente no son más que reflejos de los conflictos de dependencia infantil que

íntimamente aún persisten”. Así, el adolescente se encuentra fascinado con las nuevas posibilidades de libertad e independencia, a la vez que atraviesa por periodos con importantes montos de angustia y excitación hasta lograr la conformación de una identidad más estable, dotada de seguridad y amor propio.

Adolescencia y sociedad

Siguiendo la línea expuesta, Aberastury (1988) firma: “Es un periodo de contradicciones, confuso, ambivalente, doloroso, caracterizado por fricciones con el medio familiar y social”, que explica la teorización del proceso como una encrucijada en la que el sujeto se ve inmerso entre lo social y lo propio, lo individual, es decir, entre su propia naturaleza interna, cambiante, en relación con su medio social y cultural, el cual espera de él que se integre y adapte, pudiendo desarrollar múltiples posibilidades evolutivas y creativas. Se da así un encuentro entre lo fisiológico —interno— y lo simbólico, representado por el mundo de la experiencia, y las nuevas posibilidades que se abren, en el externo.

Es de gran utilidad comprender dicho periodo como un constructo delimitado por el contexto social donde se presenta y desarrolla, y cabe destacar las diferencias transculturales en su representación y entendimiento, así como las pautas de comportamiento adaptativas esperadas, la expresión fenomenológica y otras variantes que diferirán entre culturas diversas. A su vez, es importante subrayar la incidencia e impacto de los factores sociales y culturales en los modelos de comportamiento, en tanto el medio ambiente influye mediante las exigencias y oportunidades que le ofrece.

La realidad social en la que se desarrolla un adolescente influye de modo sustancial en la formación de su identidad, así como en el desarrollo de recursos psicológicos avanzados y valores éticos, pues lo dotará —o limitará— a través de sus modelos de referencia y de recursos útiles en esta conformación evolutiva de la personalidad. La adolescencia es, en parte, producto de condiciones y circunstancias sociales determinadas, en relación con los recursos psicológicos propios de cada individuo.

¿Crisis o proceso? Hay diversos matices que pueden definir la vivencia en el sujeto, acepciones que dependerán de la experiencia subjetiva. Mientras para ciertos sujetos dicha etapa resultará en grandes perturbaciones y dificultades adaptativas, para otros puede surgir

como escenario de múltiples oportunidades, lo cual se encuentra en buena medida supeditado a una crisis de relación con las figuras de autoridad, las cuales reconocerán, o no, el pensamiento propio. Según Fize (2002), “no existe determinismo biológico, ni fatalidad de la crisis, sino circunstancias socioculturales que favorecen una u otra orientación en el proceso de adolescencia”.

Podríamos relacionar esas posibles vías resolutivas e integradoras del mundo interno y externo con el concepto tratado por Anna Freud (1961) y Rene Spitz (1965), a saber: *crisis organizadora*, y siguiendo las ideas de Gutton (1944) es posible afirmar que, en la actualidad, los adolescentes se encuentran más inmersos que nunca en su mundo, el cual se ha diversificado y expandido de manera notoria a la par del desarrollo de nuevas tecnologías, las cuales han abierto no sólo nuevas posibilidades, sino numerosas áreas de interés. Al mismo tiempo, también los factores de riesgo se han incrementado. Hoy conforman un grupo social bastante bien definido —con valores, preceptos y usos compartidos— cada vez más amplio, debido a la ampliación del periodo de la adolescencia, generalmente aceptado por la sociedad y el medio familiar.

Respecto a esta prolongación del estado de juventud (la adolescencia cada vez comienza más temprano y termina más tarde), Erikson (1968) acuñó el término *moratoria psicosocial* para describir el periodo de la adolescencia durante el cual el individuo retrocede, analiza y experimenta con varios roles sin asumir ninguno. Un periodo contenido entre la niñez y la adultez, durante el cual el individuo cuenta con la libertad para experimentar en búsqueda de la construcción de una identidad y asumir roles socialmente aceptados. De acuerdo con Erikson, en Rice, F. (1997, p. 330) “la duración de la adolescencia y el grado de conflicto emocional experimentado por los adolescentes varían en sociedades diferentes”, refiriéndose con ello a las diferencias transculturales entre una sociedad determinada y otra.

Estructura de personalidad y formación del yo

Resulta necesario definir con precisión el término *estructura de personalidad* antes de utilizarlo en el presente trabajo, ya que se trata de una entidad ambigua que, posteriormente, se usa para clasificar la configuración de la realidad psicológica del sujeto, en el sentido clínico, particularmente al tratarse de pacientes adscritos a tratamientos prolongados, multidisciplinarios o interinstitucionales, que han sido derivados o tratados por diferentes profesionales de la salud mental, por lo que dicha clasificación puede llegar a convertirse en

un estigma para el sujeto y obstaculizar su comprensión psicodinámica, en tanto somete dicha entidad a una comprensión reduccionista fija.

Según Jean Bergeret (1974), “en psicopatología, la noción de estructura corresponde a aquello que, en un estado psíquico mórbido o no, está constituido por los elementos metapsicológicos profundos y fundamentales de la personalidad, fijado en un ensamblaje estable y definitivo”, por lo que podemos inferir, a partir de esta definición, una base constante arraigada en el sujeto sobre la cual se despliega su funcionamiento psíquico en los planos de lo intra e interpersonal.

Se deben considerar varios elementos para efectuar la clasificación nosológica de un individuo, la cual se expresa en un modo de funcionamiento e interacción en diferentes niveles: intrapsíquico e intersubjetivo. Dichos elementos son los que dan lugar, en el sujeto, a una plataforma caracterológica que regirá y habrá de determinar el estilo de interacción mediante el cual se relacionará tanto con su realidad interna, psicológica, como con la externa, objetiva y contextual, por lo que habría que tomarse como punto de partida las más tempranas relaciones objetales que un individuo establece o, más bien, que son establecidas con éste, y que se propondrán a manera de modelo, o incluso promoverán particulares estilos para afrontar las vicisitudes de la vida; hablamos, entonces, de los mecanismos de defensa que se emplearán para darles respuesta.

Sin embargo, para situar dichos mecanismos como constituyentes de la estructura de personalidad de un individuo, habrá que reparar en su flexibilidad o rigidez, la recurrencia de su utilización, así como en la realidad objetiva que da lugar a su aparición, en adición al momento particular y contexto específico del desarrollo de un sujeto en que tienen lugar, es decir, las particularidades del medio ambiente que propician su empleo.

Al respecto, Bergeret (1974) afirma:

por lo tanto, sería interesante no hablar, en una descripción clínica, si no de defensa, de *modo* [...] sin anticiparse inútilmente a establecer la autenticidad de la estructura subyacente de los sujetos, que de otra manera correrían el riesgo de ser clasificados con demasiada ligereza y de manera en exceso sistemática, a veces muy pesimista y sin apelación (p. 70).

Otro factor relevante al hablar de estructura de personalidad es el *síntoma*, particular formación a través de la cual se expresa la parte disfuncional del sujeto y que proporciona evidencia importante al discernir la estructura con la que se relaciona y que es

al mismo tiempo una manifestación de superficie destinada a expresar la presencia de un conflicto, la expresión del retorno de una parte de lo inhibido por los atajos de las formaciones sustitutivas o de las formaciones de compromiso (entre deseos pulsionales y la imposibilidad de realizarlos [...]) De todas maneras, en definitiva, el síntoma no nos permite jamás por sí solo prejuzgar un diagnóstico en cuanto a la organización estructural profunda de la personalidad. (Bergeret, 1974, p. 69).

Dicha formación de compromiso puede permanecer reprimida o ser sublimada de manera exitosa por el sujeto como consecuencia de un despliegue y empleo adaptativo de sus mecanismos defensivos. Es posible que estos resulten suficientes para lidiar con conflictos particulares, aunque ante conflictivos de gravedad o de suma importancia, que amenacen con desestructurar la integridad del yo, pueden no serlo o resultar inapropiados para un manejo que permita afrontarlo apropiadamente y que tienda a la normoevolución del sujeto para evitar la fragmentación de su yo, con la consecuente desestabilización del funcionamiento psíquico e interpersonal. Por ello, la mera aparición o presencia temporal de síntomas psicóticos no permitirá validar por sí misma la existencia subyacente de una estructura de tal tipo, ya que pueden surgir en situaciones en extremo amenazantes para la integridad yoica, ante las cuales el individuo puede verse en la necesidad de llevar a cabo un rompimiento con la realidad, tendiente a la preservación del yo, esto es, de manera adaptativa.

Sin embargo, afirma Bergeret (1974):

si tales estados regresivos del yo o de la libido son considerados como concordantes habitualmente con tal organización estructural duradera [...] nos sentimos inclinados a hablar con demasiada prisa de neurosis o psicosis, cuando simplemente nos hallamos en un estado momentáneo de la evolución (o revolución) de una personalidad todavía muy inconsistente e incierta en cuanto a su futuro estructural (p. 71).

Esto cobra pleno sentido cuando se encajan los ajustes en una etapa de desarrollo caracterizada por la inestabilidad, la flexibilidad y los cambios en diferentes áreas del sujeto.

Lo anterior daría cuenta de la imprecisión al hablar de una estructuración definitiva en un periodo evolutivo de un sujeto como el adolescente, cuya identidad aún se está conformando; por ende, hablamos de un funcionamiento psicótico durante esta etapa, más que de una configuración categórica, en tanto que “si nos situamos deliberadamente en un extremo, corremos el peligro de designar con el término erróneo de *estructura* una indiferenciación regresiva somato-psíquica más o menos parcial y mal superada”. (Bergeret, 1974, p. 71). Por ende,

el aspecto funcional y no estructural del episodio de carácter mórbido es particularmente visible en el niño y en el adolescente, en cuyo caso los signos manifiestos y aparentes de carácter psicótico no deben ser considerados automáticamente por los psicopatólogos como correspondientes a una estructura psicótica (definitiva). (Bergeret, 1974, p. 72).

Proceso de separación individuación

¿Exactamente en qué momento el organismo humano evoluciona de una organización biológica a una psicobiológica? La respuesta a esta pregunta se encuentra en la fase simbiótica, que empieza alrededor del tercer mes de vida y hacia el cual el concepto freudiano de *narcisismo primario* se parcializa, pues si bien prevalece, “éste no es absoluto, dado que el infante empieza a percibir en forma opaca la satisfacción de la necesidad como viniendo de un objeto parcial satisfactor de la necesidad, aunque aún dentro de la órbita de su unidad dual simbiótica omnipotente” (Schur, 1966, citado en Mahler et al, 1995 p. 27).

A propósito del surgimiento de la representación psicológica del individuo, Mahler, Pine y Bergman (1995) afirman que el rasgo esencial de la simbiosis es una fusión alucinatoria o ilusoria, somatopsíquica omnipotente con la representación de la madre y, en particular, la ilusión de un límite común de los dos, los cuales, en realidad y físicamente, son dos individuos separados.

Y es que esta transición resulta crucial en la conformación y diferenciación yoica, por lo cual para la conformación de esta importante tarea, al infante...

No le queda otra alternativa que alejarse para encontrar en otro sitio las mediaciones necesarias. No es irrealizable, pero sí difícil; si el niño lo logra, habrá evitado la potencialidad psicótica, las condiciones necesarias se habrán revelado insuficientes. En caso contrario, el yo deberá poder crear para sobrevivir el pensamiento delirante primario. (Aulagnier, 1988, p. 219).

El surgimiento del yo en su diferenciación del no-yo da lugar a una sensación de “identidad” en esta temprana etapa de la vida, conformada por la conciencia de las sensaciones internas que conforman el núcleo del ser.

Puntualizaciones sobre neurosis, psicosis y estructura borderline

La neurosis es resultado de un conflicto entre el yo y su ello, mientras que la psicosis es el desenlace análogo de una similar perturbación en los vínculos entre el yo y el mundo exterior (Freud, 1923, p.155), es decir, en esta segunda entidad clínica toma lugar en la configuración psicológica del sujeto una retracción de la realidad que descoloca al yo de ésta, situación que deviene en lo que Freud (1923) definiera como un segundo momento en las psicosis, una enmienda de esta realidad desgarrada que restablece de modo alterno, a través de esta neoconstrucción, la relación con la misma, siendo este un movimiento compensatorio que tiende a reparar por medio de la creación de una nueva realidad el displacer y la frustración insoportable que la ausencia de satisfacción de un deseo infantil produjeron.

En su artículo *Nuevas conferencias*, Freud (1976f) menciona que si se deja caer a tierra un cuerpo mineral cristalizado, se quebrará, pero no lo hará de cualquier manera, su quiebre estará predeterminado por las microcristalizaciones invisibles que conformaban, a su vez, la unidad del cuerpo, según líneas de clivaje preestablecidas. Esta analogía puede emplearse cuando asistimos a la presencia de una descompensación psicótica en algún paciente, ya que esta y la forma que tome para manifestarse estarían entonces determinadas por una configuración psicológica preestablecida de manera precisa.

De acuerdo con Bergeret (1974), la estructura psicótica corresponde a una debilidad de la organización narcisista primaria en los primeros instantes de vida. Es, pues, la imposibilidad del niño de ser considerado como un objeto distinto de la “madre sujeto”, personalidad a la vez incompleta ella misma, que no puede concebir separarse de esta parte indispensable para su propio yo. Al respecto cabe puntualizar el deseo de los padres que quedó depositado

en V. previo a su nacimiento; fue concebida para no dejar solos a los padres, para completar una falta que percibían en ellos.

El mismo autor señala: “En psicopatología, la noción de estructura corresponde a aquello que, en un estado psíquico mórbido o no, está constituido por los elementos metapsicológicos profundos y fundamentales de la personalidad, fijados en un ensamblaje estable y definitivo” (Bergeret, 1974, p. 71), por lo que puede mencionarse, entonces, partiendo de la indisolubilidad del psique-soma en las psicosis, que la línea psicótica se origina a nivel de frustraciones muy precoces que en lo esencial proceden del polo materno, principalmente en lo concerniente a frustraciones más primitivas, como en el caso de la transformación de la necesidad biológica de alimentación en deseo del objeto. Sin embargo, conviene conducirse con precaución al designar como “estructura” tal organización psíquica de la paciente, en tanto que la génesis se encuentra en una “indiferenciación somatopsíquica más o menos parcial y mal superada” (Freud, 1923, p. 163), pues es necesario, para la comprensión psicodinámica del caso, situarse en un momento histórico del sujeto en referencia a un contexto latente e histórico.

Hay un fragmento, una situación particular de la realidad que no puede tolerarse, con la cual los recursos psicológicos del individuo se ven incapaces de contener por lo amenazante del daño que representa para el sujeto, en adición a una inhabilidad para procurar una respuesta adaptativa a dicha circunstancia, lo que da lugar a una transformación o reelaboración de esos elementos que no logran tramitarse en el espacio psíquico por medio de la represión o sublimación, intentando así negar y sustituir esa situación valorada como negativa o considerablemente perjudicial.

En las psicosis, la elaboración modificadora de la realidad recae en las cristalizaciones psíquicas de la relación mantenida hasta entonces con ella; sobre las huellas mnémicas, las representaciones y los juicios [...] transformada y enriquecida de continuo por nuevas percepciones [...] por medio de la alucinación. (Freud, 1923, p. 163). Es decir, dicha elaboración surge de los más básicos y primarios elementos constitutivos de la psique de un individuo, y la manifestación y externalización del contenido de la sintomatología psicótica estará vinculada a tales representaciones en las cuales tienen su origen; el contenido de un delirio o alucinación estará intrínsecamente ligado a la frustración insoportable producida por una falta o una grave falla evolutiva.

Las condiciones necesarias tendrían su origen en los elementos constitutivos del sujeto en su proceso de diferenciación del yo/no yo, en la primaria constitución del espacio psíquico, mismas que estarían ligadas a la definición de una línea estructural en el sujeto, en esa relación con el Otro; por otra parte, las condiciones suficientes surgirían *a posteriori*, en el proceso de desarrollo evolutivo en las distintas áreas de interacción del sujeto, y tendrán que ver con los recursos psicoemocionales y el grado de fortaleza yoica desarrollados por el individuo. En relación con lo expuesto, Aulagnier (1988, p. 194) reconoce que “estas fallas pueden ser superadas por el sujeto sin que se vea obligado a recurrir a un orden de causalidad que no se halle acorde con el de los demás: es por ello que lo necesario no es lo suficiente”, es decir, un sujeto puede transitar por situaciones que para otro bien pudieran ser causales de desorganización del aparato psíquico de manera adaptativa o funcional, es decir, sin recurrir a un rompimiento con la realidad.

Existe, entonces, una articulación de dichas condiciones para que se dé la manifestación de una psicosis o del funcionamiento psicótico, en tanto que no es posible reducir la aparición y desarrollo de episodios psicóticos “a la respuesta pasiva forjada y preformada por el deseo, el discurso, la locura de los otros. La presencia de estos factores no basta para crear *ipso facto* la locura del infante, pero sí para instaurar las condiciones que le hacen posible” (Aulagnier, 1988, p. 191), es decir, permiten la instauración de un terreno psicológico sobre el cual podrá desarrollarse.

Siguiendo dicha idea, surge la necesidad de precisar a qué nos referimos con ese rompimiento con la realidad, esa manifestación de locura que pasa entonces, como en un intervalo de transición, de lo latente a lo manifiesto:

Definimos como idea delirante todo enunciado que prueba que el yo relaciona la presencia de una *cosa* con un orden causal que contradice la lógica [...] nos permite hablar entonces indiferentemente de construcción psicótica o construcción delirante para calificar la respuesta proporcionada por el sujeto a una organización particular del espacio al que habría debido advenir el yo. (Aulagnier, 1988, p. 194).

Cuando el yo falla en la ejecución de esta tarea, toma lugar el pensamiento delirante primario, el cual sería una condición previa a una posible retracción y restitución de la realidad, lo que la misma autora define como potencialidad psicótica. Es decir, se erige como una posible vía de solución al conflicto pulsional una nueva elaboración de la relación

que el sujeto ha de mantener con su realidad externa; como mencionara Freud (1923), el delirio surge como un parche en el espacio psíquico donde ha habido una desgarradura. Esta potencialidad puede permanecer como tal en tanto el sujeto haya desarrollado recursos intrapsíquicos que le permitan contender de manera adecuada con las frustraciones y amenazas que la realidad le impone, como ya se describió; sin embargo, si hay fallas en la tarea adaptativa, el pensamiento delirante puede diseminarse en el espacio psíquico del sujeto, pasando así de lo potencial a lo ostensible, pudiendo deducir que por ello, aunque existan condiciones necesarias para desarrollar dicho potencial, un individuo puede funcionar de acuerdo con una aparente y frágil normalidad sin desorganizarse, en tanto no surja la aparición de eventos que pudieran denominarse traumáticos para el mismo, los cuales, sin embargo, “pueden también producirse en un momento posterior, y como consecuencia del fracaso de la transacción que hasta el momento protegía a la potencialidad psicótica” (Aulagnier, 1988, p. 195).

Hablaríamos, entonces, de condiciones suficientes que dieron lugar al rompimiento de esa protección psíquica —comparable a una membrana— que preservaba el pensamiento lógico del esparcimiento del pensamiento delirante:

el niño no habla, la madre puede preservar la ilusión de que existe una concordancia entre lo que ella piensa y lo que cree que él piensa; del mismo modo en que afirma saber lo que su cuerpo espera y demanda [...] por otra parte, está dispuesta a ofrecerle y a imponerle un *saber* acerca del lenguaje, necesario para que adquiriera la palabra aunque a condición de poder imponerle al mismo tiempo que solo aprehenda lo que *su* lenguaje pretende significar. (Aulagnier, 1988, p. 213).

El rasgo específico de la vivencia temporal de la psicosis es la *mismidad* de un ya vivido desde siempre, que el sujeto rencuentra y repite siempre que se halla frente a una situación que denominamos *traumática* [...] el sujeto repite lo mismo: misma demanda, misma respuesta, misma angustia, misma idealización del objeto. (Aulagnier, 1988, p. 233).

Melgar y Medina (1995, p. 19) afirman:

El paciente psicótico trae al análisis una biografía —casi una prehistoria— disociada, inconexa, desarticulada, incompleta, con lagunas, confusiones, condensaciones y con un franco o larvado colorido delirante. A partir de estos datos y manifestaciones, el analista tratará de reconstruir internamente con el aporte de su propia creatividad, sus conocimientos y su empatía una nueva biografía más integrada, haciéndola luego conocer al paciente en situaciones transferenciales oportunas.

...para que de esta manera, promovidas por la transferencia, pueda abrirse paso a una reorganización y reconstrucción de la vida psíquica por medio del conocimiento que deviene de la labor de significación y procesamiento de lo vivido y lo no vivido.

II. Método

1. Planteamiento del problema

En un contexto de alta demanda de atención psicológica, ligada a los propios conflictos del desarrollo a los que los adolescentes se enfrentan en la construcción de su identidad y ante una importante cantidad de factores de riesgo que dificultan esa misma transición, como es el caso de la clínica comunitaria de salud mental donde se trata el caso que se presenta, suele ser constante la presencia de pacientes que acuden en estado de notable vulnerabilidad o deterioro, o bien en fases avanzadas o periodos graves o críticos de cierta afección mental o emocional. Es en estas circunstancias como la paciente V. asiste —siguiendo la indicación de su psiquiatra, de quien recibe tratamiento farmacológico desde hace algunos años y a quien escasamente llega a ver, en un contexto de atención insuficiente, con poco involucramiento— a solicitar un tratamiento psicoterapéutico como apoyo al otro procedimiento. Dicha demanda la motiva la clara intención de la paciente de dejar de depender de medicamentos que regulen su estado emocional para, eventualmente, asumir el control de éste de manera independiente y consciente, pues lamenta haber perdido la capacidad de regular sus emociones y se siente “alterada” por el uso de los fármacos.

Acude también en un momento en que se hace inminente la imposibilidad de continuar siendo tratada en el mismo hospital y por el mismo médico debido a una cuestión institucional (sólo podía ser atendida ahí hasta la edad de 17). Aunado a lo anterior, la intermitencia e insuficiencia en su tratamiento, marcado por un considerable tiempo de espera entre una consulta y otra, surge en V. la necesidad de contar con un espacio terapéutico constante y estable, con la intención manifiesta de regular su estado de ánimo, así como de controlar sus impulsos y sus pensamientos, en tanto hay conciencia de que estos la llevan, en ocasiones, a ponerse en riesgo a sí misma, así como sus relaciones interpersonales.

Al parecer, los psicoanalistas de adolescentes aceptan la idea respecto a que en este periodo evolutivo del desarrollo no debe ni puede hacerse un diagnóstico de psicosis declarada, por lo que plantearé, en el desarrollo del análisis del caso presentado, el quiebre psicótico (episodios alucinatorios agudos) o *breakdown* evolutivo, en el sentido adaptativo, como consecuencia o resultado de la conjunción de las implicaciones de un modo relacional particular de la paciente con sus objetos, en adición a eventos históricos de su infancia considerados por ella como traumáticos. Adaptativos por ser coincidentes con la entrada de

la paciente a un periodo de desarrollo plagado de cambios y de inestabilidad emocional intrínseca, natural.

La explicación psiquiátrica se ha visto impedida de apreciar en su completa dimensión el escenario del desarrollo y del contexto familiar en el que aparecieron las alucinaciones que la paciente ha presentado —principal síntoma psicótico manifiesto—, en tanto han sido vividas con sufrimiento, ignorando, por ende, las causas intrapsíquicas y la vivencia de los eventos traumáticos por parte de la paciente en relación con los recursos psicoemocionales con los que contaba para afrontarlos. El tratamiento psiquiátrico al que se encuentra adscrita muestra, pues, una comprensión limitada e incipiente de lo que le ocurre y la encasilla en un diagnóstico ambiguo: “alucinosis idiopática” (cuya etiología se desconoce), según reportes clínicos del instituto de salud mental donde, hasta entonces, ha recibido tratamiento, el cual se ha limitado al abatimiento de los síntomas positivos a través de farmacología, lo que da cuenta de la dificultad de determinar con claridad, en un sentido psicológico más profundo, qué pasa con V.

Por lo anterior se considera la necesidad e importancia de implementar un abordaje y tratamiento psicodinámico que permita develar los puntos ciegos y críticos del desarrollo de la paciente, de aquellos que favorecieron o promovieron el surgimiento de los síntomas egodistónicos, con el fin de comprenderlos y posibilitar su enfoque y abatimiento, así como de definir, con base en la historia de la paciente, sus implicaciones y papel determinante en su aparición para profundizar y afinar el conocimiento y comprensión que la paciente V. tiene de sí misma. Lo anterior es con la intención de implementar un dispositivo terapéutico que complemente la mera administración de fármacos y permita un tratamiento integral de la condición psicológica de V., ya que, de acuerdo con T.A. Petti (1981) “los agentes psicofarmacológicos deben utilizarse para determinados síntomas identificados que interfieren con la adaptación, pero en combinación con intervenciones psicosociales, incluyendo psicoterapia en todas sus modalidades”.

Cobra especial relevancia el tratamiento en este periodo de desarrollo de la paciente, así como un análisis profundo y detallado del caso en tanto que, de acuerdo con Bergeret (1974):

la adolescencia [...] presentaría posibilidades evolutivas todavía múltiples en el plano estructural. En efecto, en esta etapa particularmente importante del desarrollo afectivo del individuo todo puede volver a ser puesto en cuestión [...] El sujeto

todavía conservaría en este periodo una pequeña posibilidad de que el eje de evolución de su yo abandonara la línea psicótica, no totalmente fijada.

Así, el caso que presento pretende corroborar la posibilidad, viabilidad y pertinencia de brindar apoyo psicoterapéutico eficiente centrado en un enfoque y abordaje psicoanalítico a pacientes con rasgos de personalidad o núcleos fronterizos con resultados de valoración positiva.

En particular, se eligió el presente caso por haber representado —a nivel individual y personal— un importante reto profesional por su complejidad en cuanto al manejo clínico que planteó en mi formación como psicoterapeuta de adolescentes, dada la coexistencia de sintomatología psicótica con rasgos caracterológicos que constituyeron, desde el manejo técnico y contratransferencial, importantes dificultades para mi ejercicio profesional poco experimentado.

Específicamente, abordaré las siguientes cuestiones: ¿existe relación directa entre la estructura de personalidad limítrofe de V. con el vínculo simbiótico establecido por su madre con ella?, ¿determinaron los eventos traumáticos vividos por la paciente, en adición a su estructura de personalidad como telón de fondo, el derrumbe psicótico al entrar V. a la adolescencia?

Este planteamiento resulta significativo en tanto es necesario fortalecer las conceptualizaciones psicoanalíticas con evidencias clínicas para, con ello, diseñar modelos de intervención terapéutica de duración limitada más adecuados.

2. Motivo de consulta

Manifiesto:

La paciente V. acude a la clínica de atención psicológica para adolescentes de un plantel educativo de nivel medio superior ubicado al sur de la Ciudad de México siguiendo una indicación del psiquiatra, quien hasta entonces la había tratado en el IMSS. Le indicó que requería psicoterapia como apoyo al tratamiento farmacológico, al que la paciente ha estado adscrita desde hace ocho años (reguladores del estado emocional), así como un medicamento antipsicótico (cuatro años), como consecuencia de la respuesta psicoemocional de la paciente a eventos críticos en su vida, como haber sido víctima de abuso sexual (tocamientos) a los ocho años de edad, un internamiento en un hospital

psiquiátrico infantil a los nueve —derivado de un intento suicida—, así como de un internamiento de su madre en un hospital similar cuando la paciente tenía 12 años, hecho que le fue ocultado y se intentó engañarle diciéndole que había ido de “retiro” con algunos de sus familiares. Esto despertó en V. la intriga y ansiedad de no saber dónde se encontraba su madre durante ese periodo. Presentó entonces alucinaciones visuales en varios episodios, manifestándose el último a la edad de 15 años.

Latente:

La paciente se presentó con notable malestar sobre su condición emocional y personal al percibirse a sí misma en conflicto por su condición, con deseo de comprender y resignificar los episodios alucinatorios agudos como resultado de su historia y dinámica familiar, en particular la relación con su madre, de quien buscaba diferenciarse, alejarse. Sin embargo, se percibe a sí misma fijada en una dependencia emocional hacia ella, originada por una falla en el proceso de separación en su infancia. Pudo apreciarse que la búsqueda de la paciente del espacio terapéutico y su adherencia a éste, fue resultado de una auténtica determinación en V. de transformar su propia autopercepción, así como su estado anímico y mental.

3. Objetivos

General

Describir los rasgos limítrofes de personalidad en la paciente asociados al vínculo simbiótico con su madre.

Mostrar la relación entre la vivencia de eventos traumáticos en su desarrollo y sus rasgos previos de personalidad, que dieron lugar al surgimiento de episodios psicóticos breves en el inicio de la adolescencia de la paciente.

Específicos

Explicar la constitución de la estructura límite de personalidad de la paciente como consecuencia del vínculo simbiótico establecido por su madre con ella.

Analizar el contenido alucinatorio en los episodios psicóticos y su representación psicológica, esto es, lograr su simbolización por parte de V.

4. Supuesto

La paciente V., de 17 años, presentó episodios psicóticos en la adolescencia como resultado de la conjunción de:

- Estructura limítrofe de personalidad en tanto condición necesaria. Constituida a partir de un vínculo simbiótico con la madre y un inacabado proceso de *individuación*.
- La presencia de eventos traumáticos en el desarrollo psicosexual (abuso sexual y “abandono” de la madre), en tanto condición suficiente.

5. Definición de categorías

A continuación, se definen las principales categorías implicadas en el supuesto.

- Vínculo simbiótico

El término simbiosis se toma de la biología y “se emplea para referirse a la cercana asociación funcional de dos organismos para su ventaja mutua”. El vínculo simbiótico es una estrecha interdependencia entre dos o más personas que se complementan para mantener controladas, inmovilizadas y, en cierta medida, satisfechas las necesidades de las partes más inmaduras de la personalidad, que exigen condiciones que se hallan disociadas de la realidad y de las partes más maduras o integradas de la personalidad. (Mahler, Pine y Bergman, 1975).

Se trata, primeramente, de una matriz de dependencia fisiológica y sociobiológica en la diada madre-hijo, en la cual “la necesidad de la madre por parte del infante es absoluta, mientras que la de la madre es relativa” (Benedek, 1959, p. 25). En las ciencias de la salud mental, este concepto se entiende como un fenómeno transicional necesario en el proceso de diferenciación estructural, que transmuta hacia la organización psíquica del individuo: el surgimiento del yo.

- *Estructura limítrofe de personalidad*

Para Bergeret (1974), “la estructura corresponde al modo de organización permanente más profundo del individuo, a partir del cual se producen tanto las ordenaciones funcionales llamadas ‘normales’ como los avatares de morbilidad”. Siguiendo ese lineamiento, no es posible hablar de una conformación plena y definitiva de una estructura de personalidad específica durante el periodo de la adolescencia, ya que corresponde a un periodo evolutivo constituido por cambios fisiológicos y psíquicos que intervienen en la constitución de la identidad. Así mismo, el autor señala que “en psicopatología, la noción de estructura corresponde a aquello que, en un estado psíquico mórbido o no, está constituido por los elementos metapsicológicos profundos y fundamentales de la personalidad, fijados en un ensamblaje estable y definitivo” (Bergeret, 1974).

El trastorno limítrofe de la personalidad, el cual implica una estructura mórbida, tal como lo define el DSM-V, es un patrón generalizado de inestabilidad en las relaciones interpersonales, imagen del sí mismo y afectos, junto con una notable impulsividad iniciada en el comienzo de la vida adulta y presente en una variedad de contextos.

- *Eventos traumáticos*

“Acontecimiento de la vida del sujeto caracterizado por su intensidad, la incapacidad del sujeto de responder a él adecuadamente y el trastorno y los efectos patógenos duraderos que provoca en la organización psíquica. En términos económicos, el traumatismo se caracteriza por un aflujo de excitaciones excesivo, en relación con la tolerancia del sujeto y su capacidad de controlar y elaborar psíquicamente dichas excitaciones” (Laplanche y Pontalis, 1996, p. 447).

El término *traumático*, menciona Piera Aulagnier (1988), es un calificativo que no depende de la objetividad de la situación, sino de lo que ella reactiva como respuesta en un sujeto. Entenderemos como trauma la relación entre las cantidades de energía que ingresan y la capacidad de ligazón en el interior del sistema (Bleichmar, 2001). Una representación traumática es aquella inmetabolizable, que no se tradujo en representación-palabra, en una articulación simbólica que sostenga a aquella (representación).

- *Episodios psicóticos*

La distinción hecha por Laufer (1984, p. 213) entre episodio psicótico, funcionamiento psicótico y proceso psicótico en acto, está dada de acuerdo con el grado de rotura o deformación de la realidad; con el término “episodio psicótico agudo”, se refiere a la rotura temporal con la realidad, lo cual sería el caso del presente estudio, en tanto la paciente presentó episodios aislados con desconexión de la realidad.

El trastorno psicótico breve se clasifica en el DSM-IV-TR como un trastorno psicótico de corta duración. Los criterios diagnósticos especifican la presencia de, al menos, un síntoma claramente psicótico que dure de un día a un mes, cuya aparición consiste en un episodio psicótico. Además, el manual permite especificar desencadenantes graves, siendo el caso de la paciente en el presente estudio.

En la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), el trastorno psicótico breve es homologable a la clasificación de los trastornos psicóticos agudos y transitorios que se diagnostican estableciendo una secuencia que refleja el orden de prioridad asignada a las principales características claves del trastorno, entre los que se incluyen el inicio agudo (menos de dos semanas), la presencia de síndromes típicos y un estrés agudo asociado.

Para diagnosticar el trastorno psicótico breve, deben manifestarse los siguientes criterios:

- Uno o más síntomas psicóticos: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o desorganizado.
- Los síntomas se manifiestan entre un periodo de un día y un mes, lapso después del cual la persona puede llegar a recuperar su estado de actividad premórbido.
- Los síntomas no se explican mejor por la presencia de otro trastorno con síntomas psicóticos o estados alterados de conciencia debido a sustancias.

6. Tipo de estudio

Para la presentación del presente caso recurrí a una *metodología cualitativa*, pues considerando lo que Ito y Vargas (2005) refieren, ésta provee de medios para acceder a hechos incuantificables, como puede ser el desarrollo evolutivo del ser humano a través del cual se modifica, adapta y dispone en los ambientes donde incursiona.

Este reporte mostrará la información de una paciente en particular, a manera de *estudio de caso*, al cual me aproximaré a través de un *análisis de contenido (del discurso)*, entendiéndolo como un conjunto de procedimientos cuyo objetivo se dirige a la elaboración de un metatexto analítico en el cual queda representado el corpus textual de manera transformada, es decir, se muestran aspectos no directamente intuibles y, sin embargo, presentes (Díaz y Navarro, 1998). Dicho de otra manera, se presentará el estudio a profundidad de un caso hecho desde un enfoque fenomenológico,¹ heurístico² e interpretativo,³ a partir del planteamiento de un problema y preguntas de investigación, apoyándose en el desarrollo previo de proposiciones teóricas que sirvieron de guía en la recolección y el análisis de datos.

7. Participantes

Paciente de sexo femenino, adolescente de 17 años de edad, estudiante de bachillerato en un plantel de una institución pública de nivel medio superior ubicado al sur de la Ciudad de México; asimismo, su madre, quien colaboró en el proceso de evaluación inicial asistiendo eventualmente a algunas entrevistas para proporcionar información referente a la historia de desarrollo de la paciente.

8. Instrumentos

- Observación.
- Entrevistas iniciales.
- Sesiones psicoterapéuticas.
- Intervención psicoterapéutica.

¹ Un estudio fenomenológico describe el significado de las experiencias vividas por una persona o grupo de personas acerca de un *concepto o fenómeno* (Creswell, 1998). En otras palabras, es la investigación que dirige su atención a la experiencia subjetiva de las personas, tal cual la transmiten.

² Un estudio de caso heurístico implica que puede dar lugar al descubrimiento de nuevos significados, ampliar la experiencia del lector o confirmar lo que ya se sabe. Pueden aparecer relaciones y variables no conocidas anteriormente que provoquen un replanteamiento del fenómeno y nuevos *insights*. (Merriam, 1990, citado en Pérez Serrano, 1994).

³ Este paradigma intenta sustituir las nociones científicas de explicación, predicción y control del paradigma positivista por las nociones de comprensión, significado y acción. Busca la objetividad en el ámbito de los significados utilizando como criterio de evidencia el acuerdo intersubjetivo en el contexto psicológico (Rodríguez Sedano, 2007).

- Contratransferencia

La psicoterapia psicoanalítica radica en la interacción de dos individuos y su particular entendimiento del mundo y de sí mismos en una relación dual; reside esencialmente en un proceso dialéctico que se da de manera recíproca entre dos fenómenos que surgen de dicha interacción en un continuo: la transferencia y la contratrtransferencia. En el flujo de tales fenómenos, el terapeuta es relacionado con figuras de la historia del paciente que lo identifica con acontecimientos pasados, dando lugar al retorno y reactivación de pretéritas etapas evolutivas que permiten al psicoterapeuta interpretarlas en un nuevo contexto para la comprensión de los afectos enmarcado en la relación analítica, para lo cual resulta necesario tomar en consideración lo que pasa con él(lla) mismo(a) dentro de un tratamiento determinado, es decir, con la contratrtransferencia.

Al tratarse de pacientes con manifestaciones psicóticas en el funcionamiento, el terapeuta o analista se ve necesariamente compelido a involucrarse en otra dimensión, en otro orden de entendimiento de la realidad personal del paciente, ingresando así en una experiencia particular y enigmática, por lo cual, en especial tratándose de terapeutas con escaso entrenamiento o en etapas tempranas de su formación, resulta habitual experimentar sensaciones poco comunes que pueden generar tanto asombro como confusión.

Freud (1976c), en su artículo *El porvenir de la terapia analítica* (1910), menciona al respecto: “[el analista] debe reconocer esta contratrtransferencia en sí mismo y superarla [...] ningún psicoanalista va más allá de lo que le permiten sus propios complejos y resistencias internas”.

Por ello, dicha herramienta de trabajo terapéutico aparece como un importante fenómeno que se debe considerar en un proceso con pacientes que presentan sintomatología psicótica, cobrando especial relevancia que el terapeuta la analice, tanto en su propio espacio analítico como en supervisión.

A nivel personal surgieron, a lo largo del tratamiento provisto a la paciente V., sensaciones particulares de frustración, compasión e inquietud, pasando por la impotencia, así como proyecciones promovidas por la paciente. Dichas proyecciones de emociones primitivas llevaron en cierto momento a poner en jaque el desarrollo del tratamiento ante la dificultad técnica del terapeuta para manejar la aparición de emociones como angustia, incomprensión y miedo, las cuales llegaron a tener incluso un reflejo físico en repercusiones como

cansancio e incomodidad durante ciertas sesiones, así como alteraciones eventuales de los estados anímicos relacionados con la frustración y la impotencia respecto al manejo adecuado del tratamiento; “se dice que, mientras la transferencia neurótica se dirige principalmente a la mente del analista, la transferencia psicótica se dirige al interior de su cuerpo, presentándose sensaciones corporales” (Medina, 1985, p. 81).

9. Procedimiento

V. fue canalizada a una clínica de atención psicoterapéutica especializada en trabajo clínico con adolescentes, ubicada en un plantel educativo en la zona sur del D.F., siguiendo la indicación terapéutica de su psiquiatra tratante, quien le mencionó la importancia de estar en un proceso psicoterapéutico de apoyo al tratamiento farmacológico, al que hasta entonces se ha encontrado adscrita. Acudió inicialmente al Departamento de Psicopedagogía de la institución para una valoración inicial de su caso, y a partir de ahí fue derivada a la clínica.

La paciente siguió el procedimiento conforme a la normatividad de la clínica en relación con el ingreso, llenó los formatos de solicitud del servicio, de datos generales, así como unas escalas de medición de depresión y ansiedad. De la misma manera, en tanto al inicio del tratamiento, como era menor de edad, fue necesario contar con una carta-formato de consentimiento escrito por sus padres, expresando encontrarse de acuerdo con el tratamiento psicoterapéutico propuesto.

Para la primera entrevista la paciente llegó acompañada de su madre y se entrevistó a ambas. Se programaron tres entrevistas iniciales de evaluación con la paciente y una más con la madre para recabar datos referentes a la historia de desarrollo. Posteriormente a la evaluación, se realizó el encuadre del tratamiento, que constó de dos sesiones semanales con duración de entre 50 y 60 minutos, mismo que dio comienzo en septiembre de 2011. Se contó con un total de 40 sesiones activas de trabajo psicoterapéutico con la paciente, sin considerar las faltas —de V. en ocasiones reiteradas—, y, de modo complementario, se han realizaron dos entrevistas más con la madre, sumando un total de cuatro entrevistas con ella.

10. Consideraciones éticas

La paciente firmó una carta de consentimiento informado donde se brinda de manera expresa y detallada la información referente a los derechos y responsabilidades de la clínica de atención psicoterapéutica para con los pacientes y en sentido inverso. En ella se hace mención de la confidencialidad del proceso. Consecuente con este requisito, en el presente trabajo se utilizan pseudónimos.

III. Análisis de resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos a partir del análisis de contenido de ciertos extractos de sesiones, así como del lenguaje corporal de poco más de ocho meses de tratamiento psicoterapéutico. A partir de estos datos, se analizará el supuesto de que una estructura limítrofe de personalidad —derivada de un vínculo simbiótico con su madre—, en conjunción con la vivencia de hechos traumáticos, dieron lugar a la aparición de episodios psicóticos en la adolescencia de V.

- ***Vínculo simbiótico***

En la historia de desarrollo de la paciente hay un vínculo simbiótico con su madre durante los primeros años de vida, relacionado con la formación de una organización yoica débil, precariamente diferenciada del objeto materno, carente de suficiente autonomía y bajo nivel de tolerancia a la frustración.

Dicha afirmación se constata a través de la historia de desarrollo de V., para lo cual se presentarán y analizarán ciertos antecedentes prenatales, del embarazo y de la historia de los primeros años de vida de V., hija menor del matrimonio entre sus padres. Hay una diferencia de edad de 10 y 7 años, respectivamente, entre ella y sus hermanos mayores, y se conoce por la historia familiar que los padres planearon el tercer embarazo “*para no quedarse solos*” (E1). La madre pensó: “No quiero quedarme sola cuando los otros crezcan; a ella la voy a tener para mí”. Dicha posición permite entrever la fantasía consciente, pero también inconsciente de ella: fusionarse con un(a) nuevo(a) hijo(a) ante la amenaza de la pérdida de otro objeto, en este caso el crecimiento y la natural separación de los otros, ante la imposibilidad de tolerar el hueco o la falta que tal evento supondría.

En relación con lo expuesto, dentro del proceso normal de separación-individuación, Mahler, Pine y Bergman, 1975, p. 37) menciona que “la necesidad inconsciente específica de la madre es la que activa, a partir de las potencialidades infinitas del infante, aquellas que crean para cada madre en particular, *el niño* que refleja sus propias necesidades individuales y singulares”, siendo esto lo que definió como un segundo cambio masivo en la catexis, pues hay una trasmutación del deseo intrínseco de la madre a la realidad del infante; un notable antecedente de esto puede verse claramente en el deseo consensuado de ambos

padres de concebir a V. “para no quedarse solos” (*sic*), decidiendo así concebir a su tercer hijo.

Respecto a los antecedentes natales se conoce, por información provista por la madre, que la labor de parto fue prolongada, pasó un tiempo considerable antes de ser intervenida: “Tuve que hacer un escándalo para que me atendieran, fui hasta con el director del hospital”. Según informó, le comunicaban que aún no era el momento, situación vivida por la madre con angustia y desesperación. Tras el parto prolongado, se le hizo saber que la recién nacida tuvo “sufrimiento fetal”, a lo que la madre agrega en entrevista: “Creo que ni ella quería salirse ni yo que se saliera de mí, por eso debió ser tan difícil” (E1), pudiendo constatar a través de dicha afirmación la atribución de un deseo a la hija, el mismo de ella, a saber, permanecer fusionadas dentro de lo que Mahler (1975) describió como límite común, caracterizado por la indiferenciación entre el yo y el otro.

Respecto a dicho informe, la madre dio a conocer que tal condición —la etiqueta de *sufrimiento fetal*— trajo consigo dificultades de psicomotricidad en la paciente, lo cual la hizo “ser muy dependiente” (E1), debido a que V. tuvo que ingresar a un programa de estimulación psicomotora y cuidados especiales, así como de ejercicios en casa, pues los médicos le advirtieron que, de no llevarlos a cabo, la funcionalidad y motricidad de sus extremidades inferiores se vería comprometida y en riesgo. Los ejercicios se prolongaron a sus primeros nueve meses de vida, lo que implicaba la participación cercana y constante de su madre. Sobre esto destaca una escisión afectiva en la forma en la que su madre vivió dicha situación, pues si bien resultó algo complicado, doloroso y difícil para ambas, pues tuvo que haber cuidados especiales durante ese periodo, la madre describió como “*algo muy bonito*” tener que atender tanto a la bebé; se identificó un gozo en que ésta la necesitara por completo, más allá de lo habitual o normal, pues hacía necesario el cuidado y atención constantes, surgiendo con ello un alto grado de cercanía y, más aún, un incremento de la dependencia entre ambas.

Sobre el cambio de catexis libidinal que debe surgir, el “emerger del huevo o romper el cascarón”, es importante mencionar el ritmo en las secuencias de gratificación-frustración para no generar angustia derivada del mantenimiento e incremento de la tensión. En este sentido, cito la presencia de un trauma al momento del nacimiento de V. —asumido como tal por la madre y transmitido así a V. al asignarle la idea de lo *traumático*, no necesariamente que la situación haya sido traumática *per se*—, al referir la madre las dificultades de su labor de parto debido al prolongado periodo de espera para ser

intervenida, mencionándolo como altamente estresante para ambas, lo que devendría en lo que los médicos clasificaron como sufrimiento fetal.

Esta condición suscitó la necesidad del fortalecimiento de ese *yo auxiliar* que es la madre, para salvar al infante de la dolorosa presión de desarrollar sus recursos de manera prematura, al ser un bebé percibido y vivenciado como frágil, y la madre queda así compelida a dar y brindar un mayor cuidado, dedicando más atención, que es lo que requiere un bebé con la real necesidad de sentir alivio a su dolor fisiológico derivado de las dificultades en su nacimiento.

Esto es hasta cierto punto normal, pues durante los primeros meses de vida la función de autopreservación no se ha desarrollado y el yo aún no alcanza una amplia funcionalidad y le resulta vital el cuidado de otro, y en este sentido es posible constatar lo que Mahler *et al.* (1995, p. 9) afirman al mencionar que “el nacimiento biológico del infante humano y el nacimiento psicológico no coinciden en el tiempo. El primero es un acontecimiento [...] observable, el último es un proceso psíquico de lento desarrollo”. Al quedar V. plenamente “*dependiente*” —en palabras de su madre— ante la posibilidad de desarrollar, o no, la funcionalidad de sus extremidades inferiores, esto traía consigo una inhibición en la motricidad de V., lo cual habría dado lugar a una posición de mayor cercanía física y necesidades especiales de cuidado que, consecuentemente, provocaron un apego considerable.

Un aspecto de suma importancia que se debe considerar en el desarrollo del vínculo de V. con su madre es el periodo de lactancia, que fue prolongado, y el destete se dio cerca de los 30 meses de edad de la paciente, respecto a lo cual, su madre refirió: “Quise quitárselo varias veces, pero no podía, fue muy difícil porque era muy corajuda y no me dejaba [...] a veces me daba tristeza porque, aunque ya estaba grande, iba caminando, se me subía a las piernas y me pedía chichi, no podía decirle que no” (E1).

La dificultad de frustrar y establecer límites por parte de la madre se encuentra relacionada con la afirmación de Mahler *et al.* (1995, p. 57) en lo que describieron como mutación de una necesidad biológica en deseo, en tanto que “la necesidad se transforma gradualmente en deseo [...] y más tarde en el afecto específico de anhelo ligado a un objeto”, en este caso el pecho materno. Es decir, la dificultad estaría de nueva cuenta relacionada con el deseo de encontrarse integradas dentro de un límite común, simbiótico, transmitiendo en el acto del amamantamiento afectos ligados al apego y la sobreprotección, pues no cumplía ya una

labor tendiente a cubrir, en efecto, la necesidad biológica de alimentación y nutrición, sino que llegó a convertirse en un acto dirigido al alivio de la tensión que la ansiedad de separación provocaba en ambas.

Retomando a Mahler *et al.* (1995, p. 9), podríamos ubicar en estas experiencias de ansiedad de separación de V. lo que dicha autora definió como nacimiento psicológico, en tanto representan la primera “separación de un mundo de realidad, y de una relación con él, particularmente respecto a las experiencias del propio cuerpo y al principal representante del mundo tal como el infante lo experimenta, el objeto primario de amor”, ya que por entonces todavía no existía en V. la capacidad de tener un funcionamiento separado y con la disponibilidad emocional de su madre, aunque esta no se encontrara presente, siendo clara la imposibilidad de emergencia de esa fusión con su madre.

Así es posible explicar la extensión del periodo de lactancia más allá de lo habitual, como instrumento de “reabastecimiento emocional”, al volver, a través del acto, a una etapa previa, donde no había diferenciación y la gratificación de la demanda se lograba a través de la unión diádica, pues, como afirma Mahler (1995): “el rasgo esencial de la simbiosis es una fusión alucinatoria o ilusoria, somatopsíquica omnipotente con la representación de la madre y, en particular la ilusión de un límite común de los dos, los cuales en realidad y físicamente son dos individuos separados”; sin embargo, en el acto del amamantamiento la madre experimentaba un goce ligado a la idea de encontrarse unidas, de su representación de ser todo para ella y a la inversa, como da cuenta la aceptación de manera consciente por parte de la madre de no querer dejar de hacerlo para evitar entristecer o frustrar a V. El surgimiento de esta etapa simbiótica está marcado por la aparición de una conciencia opaca del *objeto satisfactor de la necesidad*, esto es, surge un reconocimiento de percepción gestáltica del seno como gratificador; sin embargo, el infante percibe este objeto y a sí mismo dentro de un límite común, una unidad dual dotada de un carácter de omnipotencia; y es que, como afirma otra especialista “pese al estado de dependencia que aún persiste en lo referente a la satisfacción de las necesidades, pese a la exigencia vital de recibir amor, en el registro del pensar la madre puede estar a merced de uno, del mismo modo en que uno está a merced de ella” (Aulangier, 1988, p. 218).

Luego de varios intentos de terminar, ante los cuales surgía un intenso estado de ansiedad y enojo de la paciente que la madre encontraba difíciles de controlar, comentó: “Tuvo que meterse mi mamá, decirme que eso ya no estaba bien, que la iba a volver muy berrinchuda porque a mí me costaba mucho trabajo quitárselo” (E1). Podemos apreciar, entonces, cómo

se vuelve necesaria la intervención de un tercero, una figura externa a ese vínculo diádico que marque un corte en dicha experiencia, marcando con ello un límite que la madre se veía impedida de poner por sí misma.

Entonces es posible apreciar en la paciente una escisión entre los objetos bueno y malo, al querer incorporar el bueno, en este caso la leche materna, y expulsar el malo, es decir, la madre que frustra y limita, pudiendo constatar la afirmación de Mahler *et al.* (1995, p. 55), respecto a que “el reservorio primordial de energía que se invierte en el yo-ello indiferenciado parece contener una mezcla indiferenciada de libido y agresión”.

Posteriormente, otra situación que da cuenta claramente de la dificultad de separación y angustia surgida en ambas ante tal situación es observable en que, al cumplir la paciente la edad apropiada para ingresar a preescolar, su madre decide no inscribirla en el kínder, mencionando como razón: “Quería disfrutarla para mí” (E1).

Dicha situación trajo consigo un enfrentamiento y problemas constantes entre los padres, que entraron en importante desacuerdo, lo cual permite apreciar nuevamente cómo se vuelve necesaria la intervención de un tercero que marque una separación, o que al menos lo intente, pero que no progresó, pues la madre de la paciente presentó al padre en entrevista como un objeto frágil pero peligroso, devaluándolo al hablar de su incapacidad de brindarle satisfacción sexual (eyaculación precoz): “Fue algo que siempre le reproché, nunca se quiso atender”, y mencionando los episodios de violencia física sufridos durante los dos primeros embarazos.

Sobre la decisión de inscribirla a la escuela, la madre decidió quedarse con ella, y la inscribió en el kínder hasta el último año, decisión motivada más bien por cuestiones administrativas, pues “sabía que iba a necesitar el documento para poder inscribirla en la primaria” (E1), realidad única ante la cual surge una aceptación de separarse para que V. ingrese al sistema escolarizado.

Se aprecia, entonces, una grave dificultad para abandonar la conducta posesiva simbiótica de la madre, visible en el tardío destete, así como en la decisión tomada de no inscribirla al kínder “para tenerla para mí”, retardando y obstaculizando con ello el proceso de socialización y establecimiento de vínculos fuera de la relación familiar para V., con lo que le impidió probar las nuevas oportunidades de autonomía hacia su tercer año de vida.

En entrevista, la madre informó que, durante el primer año de educación primaria, las maestras le pedían que se fuera inmediatamente cuando iba a dejar a la niña, y que se alejara de prisa, esto debido a la ansiedad que surgía en V. al separarse, “para no hacer las cosas más difíciles” (E1). Agregó que para la paciente fue muy difícil adaptarse al ambiente escolar, y que sus maestras la referían como una niña aislada e introvertida. Asimismo, comentó las dificultades que tuvo en el área de socialización, mencionando que en ocasiones la reportaron por participar en peleas físicas, e incluso con un niño varón, al que agredió de manera importante, siendo éste uno de los hechos más destacables que la madre recordó de V. en sus primeros años de escolarización.

Podemos afirmar, partiendo de las evidencias proporcionadas y analizadas siguiendo la opinión de muchos investigadores, que ha habido una falla en la fase de separación-individuación, y que en ese punto surge, precisamente, la alteración limítrofe en la estructuración de personalidad de V.

- *Estructura limítrofe de personalidad*

Siguiendo el planteamiento de la hipótesis, el vínculo simbiótico descrito habría dado lugar a la formación una particular estructura de personalidad en V.

Para Bergeret (1974), “la estructura corresponde al modo de organización permanente más profundo del individuo, a partir del cual se producen tanto las ordenaciones funcionales llamadas ‘normales’ como los avatares de morbilidad”. Siguiendo ese lineamiento, generalmente había sido aceptada la imposibilidad de hablar de una conformación plena y definitiva de una estructura de personalidad específica durante el periodo de la adolescencia, ya que corresponde a un periodo evolutivo constituido por cambios fisiológicos y psíquicos que intervienen en la constitución de la identidad. Sin embargo, partiendo de aportaciones más recientes al respecto hechas por Kernberg, Weiner y Barndenstein (2002), que afirman que se puede aplicar este diagnóstico a adolescentes a partir de una conformación más estable de patrones que lo caracterizan como tal, puede afirmarse la existencia de esta estructura de personalidad particular en V., lo cual logra validarse a partir de la predominancia de los elementos constitutivos de la personalidad: síntomas, rasgos caracterológicos, mecanismos defensivos y estilos de afrontamiento en el sujeto del presente estudio.

Hablamos de estructura de personalidad a partir de la articulación y puesta en funcionamiento de sus elementos constitutivos anteriormente mencionados, a saber: mecanismos defensivos, síntomas, estilos de afrontamiento, rasgos del carácter, además del grado de organización yoica de un sujeto. En el estudio de caso nos encontramos ante la existencia —aunque aún no definitiva ni plenamente fijada, considerando la etapa de desarrollo en que se encontraba la paciente— de una tendiente organización estructural limítrofe, dada la conjunción de elementos que permiten llevar a cabo tal diagnóstico estructural, como se irá mostrando a continuación.

Si bien en el plano estructural el proceso de desarrollo adolescente en que se encuentra la paciente presentaría múltiples posibilidades evolutivas —de acuerdo con Bergeret (1974)— y de moldeamiento, conservando una posibilidad de abandonar una estructura no totalmente fijada, es posible observar en V. que su personalidad está ya organizada de manera estable a través de los mecanismos de defensa por ella empleados prioritariamente, los cuales son poco variables y particulares de una estructuración limítrofe, así como una actitud específica ante la realidad externa que se asume de manera repetitiva; en relación con esto, se debe informar acerca de la rigidez en el pensamiento y las ideas fijas que conducen ciertas decisiones que asume V., en particular ante figuras y relaciones de autoridad, situación que se replicó en el espacio terapéutico en reiteradas ocasiones al trasgredir el encuadre y regirse por ideas de referencia particulares e inamovibles.

De suma importancia es mencionar, debido a las características del caso, que se preserva la capacidad para mantener contacto con la realidad a pesar de la aparición de episodios de regresión y micropsicosis, es decir, si bien la prueba de realidad no está intacta, ésta existe y se mantiene. Así, este modo estructural está caracterizado por impulsividad, relaciones inestables, labilidad emocional, alteraciones de la identidad y conducta suicida.

Siguiendo la definición propuesta por el manual de clasificación DSM-V, encontramos los siguientes criterios diagnósticos en la paciente:

- Esfuerzos frenéticos por evitar abandonos, reales o imaginados.
- Un patrón de relaciones inestables e intensas, caracterizado por la alternancia entre los extremos de la idealización y devaluación.
- Impulsividad, asociada a conductas autodestructivas.

- Si bien no hay comportamiento suicida recurrente, existe como antecedente un intento a la edad de nueve años.
- Inestabilidad afectiva expresada en irritabilidad recurrente, así como dificultad para controlar y contener el enojo.
- Ideación paranoide transitoria relacionada con estrés o síntomas disociativos graves (contenido alucinatorio de autorreferencial).

En este estado de organización de la personalidad, se ha encontrado en la paciente el empleo persistente de mecanismos de defensa primitivos, basados en la escisión, los cuales implican fallas en el control de impulsos, regulación de los afectos y un bajo nivel de tolerancia a la frustración, lo cual interfiere con la adaptación a la realidad externa e interna, como se verá más adelante.

En la entrevista diagnóstica con la madre, se hizo evidente que la paciente se comportaba de manera intrusiva en el diálogo del terapeuta con aquella, mostrando poca diferenciación de los límites generacionales (situación que se vería replicada constantemente a lo largo del tratamiento, observable en el proceso transferencial hacia el terapeuta), hecho que contrastaba con el importante apego que tenía, además de permitir que se le tratara como “la bebé de la familia”, rol que ella asumía con una caracterización conscientemente infantil de su personalidad, actuando el deseo de ser hija única para sus padres, pues a pesar de tener hermanos mayores, al vivir estos fuera de la casa familiar de modo independiente, V. quedaba posicionada en un lugar que le permitía acceder totalmente a la atención, beneficios y satisfacción de deseos que podía tener de esta manera. Así, en la fantasía y en buena medida en la dinámica familiar, la paciente habría asumido una posición de control fantaseadamente omnipotente, como da muestra la manipulación de la relación con sus padres, principalmente con su madre, que constantemente intentaba imponer su voluntad, evitando con ello la frustración de su deseo.

También fue posible identificar fallas en el control de impulsos de la paciente, observables en el carácter irritable y explosivo, el cual la ha llevado a tener conflictos y confrontaciones constantes con su madre y hermana, existiendo antecedentes de agresiones físicas hacia su madre, hecho que devino en una intensa y violenta pelea entre ella y su hermana mayor al haber intervenido esta última en defensa de su madre, así como en agresiones físicas de consideración hacia sus compañeras de la escuela, en diferentes etapas, al participar en varias peleas físicas; eventos por los cuales su madre tuvo que acudir en varias ocasiones a

hablar respecto a dichas conductas con las autoridades escolares, que repetidamente la instaron a marcar límites más claros y firmes al tratarse de hechos recurrentes, los cuales ponían en riesgo su permanencia en la institución, peligrando con ello parte de la estabilidad en su funcionamiento personal.

Lo descrito arroja un claro indicio de funcionamiento limítrofe, que se ve complementado con la inestabilidad en los niveles de organización yoica, como dan cuenta de ello los episodios alucinatorios —que serán descritos y analizados en un apartado posterior del presente estudio—, los cuales ponen de manifiesto fallas en la integración yoica. Sin embargo, según Kernberg (1975), “no necesariamente representa un defecto yoico en el sentido de falta de capacidad para controlar, sino que se utiliza defensivamente en el manejo de la angustia”. Por esta razón, la noción de *breakdown evolutivo* —aportada por los Lauffer (1984)— cobra sentido cuando estos quiebres, o “micropsicosis” se ponen, de manera paradójica, al servicio del yo, cumpliendo una función adaptativa.

Las evidencias mencionadas permitirían corroborar la instauración de condiciones que habrían dado lugar a la formación de la estructura limítrofe de personalidad en V., sin embargo

Sería ilusorio creer que se ha llegado a una solución al afirmar que el acontecimiento es suficiente para explicar las consecuencias psíquicas o, a la inversa, que el acontecimiento es solo una justificación secundaria y que, de todos modos, la puesta en escena que estos niños han hecho para sí acerca del destete [...] de la muerte, son condiciones suficientes y las únicas responsables”. (Aulagnier, 1988, p. 240).

Más allá de esa primera concepción del surgimiento de dichas condiciones a lo largo del desarrollo evolutivo de la paciente, habrá de añadirse y alinearse a esta historia en el vínculo con su madre, como se describió en el anterior apartado, una serie de elementos ante los cuales habría reaccionado a partir de la instauración de la potencialidad psicótica en tanto que “los síntomas muestran una relación directa, en sus manifestaciones, con el acontecimiento cuyo argumento, en sentido positivo o negativo, retomaban” (Aulagnier, 1988, p. 241).

Tal fue el caso en la primera separación en el curso del tratamiento, obligada por el periodo de vacaciones, en tanto la paciente rompió el encuadre establecido respecto a las fechas de las últimas sesiones al no acudir aduciendo que el periodo escolar no coincidía con las

fechas de atención de la clínica: “Para mí esto se iba a suspender junto con las clases, ya estaba así en mi mente y así va a ser, voy a pensar si sigo viniendo, pero no lo sé aún” (S26). En esa sesión, a pesar de haberse restablecido aparentemente el encuadre, se apreció un modo particular de pensamiento rígido y poco flexible, pues, en efecto, faltó a varias de las últimas sesiones; sin embargo, no lo hizo de manera continuada, y se presentó a la última, evidenciando con ello la puesta a prueba que realizaba del terapeuta y del espacio terapéutico mismo.

Respecto a los rasgos de personalidad y carácter de la paciente, se observó una constante actitud desafiante, en palabras de su madre, es “altanera”, lo cual se vio en diferentes ocasiones en el proceso y espacio terapéutico, en el cual intentaba asumir el control de la situación de diferentes maneras: llegando con bastante antelación a las citas “para ver si el terapeuta ya se encontraba presente”, o por el contrario, con retrasos considerables, para poner a prueba “si en verdad ese espacio estaba reservado para mí” (ella) (S15).

Otros rasgos de personalidad de la paciente, observables en las sesiones, y que orientan a sostener la hipótesis de una estructura de personalidad específica son:

Infantiles: la paciente se comportaba en ocasiones de manera marcadamente infantil, expresado en sus acciones e incluso en su forma de hablar, lo que hacía de manera consciente con la intención aparente de denotar inocencia ante ciertos temas y situaciones, en particular tenía una notoria resistencia ante la exploración de temas de sexualidad. Dicho rasgo se encuentra reforzado en el sistema familiar por la posición de “hija única” que ocupa en casa, en tanto que sus hermanos mayores viven fuera y es ella la principal receptora de los beneficios de parte de sus padres.

Oposicionistas: evidenciados principalmente en la relación con la madre, así como con las figuras de autoridad, por ejemplo: hace caso omiso de las indicaciones del psiquiatra, como no mezclar sus medicamentos con otros estimulantes (taurina, cafeína, etc.), falta a sesiones programadas de manera expresa y anunciada, poniendo con ello a prueba la respuesta del terapeuta.

Psicóticos (rigidez en el pensamiento): como se expuso, hay ideas fijas en la paciente, lo cual la lleva a tener la aparente certeza de algo y actuar conforme a ello sin corroborarlo o ponerlo en duda.

Existen así elementos de carácter que corresponden y se encuentran articulados a una estructura homóloga. Puede apreciarse también —a través del análisis del discurso de la paciente—, que en ocasiones recurre a escindir afectos que le resultan muy angustiantes o vergonzosos, difíciles de reconocer en sí misma, como se aprecia en la asociación que da como respuesta a la indagación del contenido de un sueño donde ella mata a una persona y luego la devora:

— Ψ : ¿Qué sensación experimentas en tu sueño mientras apuñalas a esa persona?

— V : Mozart, pienso en su música, y como que me da mucha calma, exactamente en lacrimosa, una de sus melodías... (S5).

La respuesta anterior permite observar un despliegue defensivo ante el miedo que habría sentido al reconocer un intenso impulso agresivo, o bien el probable placer que el mismo le habría otorgado, lo cual constata la dificultad de V . de discernir claramente entre su mundo interno y externo.

Solía negar lo que ocurría a su alrededor o con ella misma en su proceso psicoterapéutico, además de tender a minimizar eventos de cierta gravedad, llegando incluso a negar su importancia, como haber golpeado un día a su madre y a su hermana en una pelea que tuvo con ellas. Así mismo, la madre de la paciente refirió constantes enfrentamientos con su hija derivados de una relación conflictiva en la que interviene el “carácter explosivo” (*sic*) de ambas. Al respecto, la paciente reconocía que la relación simplemente así era, expresando dificultad para relacionarse de manera diferente, pues en ocasiones era ella quien provocaba los enfrentamientos.

Continuando con el análisis de los mecanismos de defensa empleados por la paciente, se aprecia que la proyección e identificación proyectiva ocupan un papel relevante. Una experiencia relatada por V . en sesión da cuenta de la manera en que se relaciona con sus pares, lo cual la lleva a involucrarse en problemas y permite ver el mecanismo de identificación proyectiva en acción, al aseverar, por ejemplo, en una sesión:

— V : ya no soporto a esa chica, es una pesada, es superaltanera y siempre está buscando problemas, ahora anda con mi ex y no la soporto, además es una chica que tiene mamitis, para todo necesita a su madre...

— Ψ : ¿Cómo se llama ella?

—V: Se llama V., como yo... me doy cuenta de que soy muy parecida a ella y lo que tanto me enoja está en mí misma.

Podemos apreciar cómo la paciente tiende a recurrir a mecanismos como la identificación proyectiva y deposita afectos y emociones que no tolera en sí misma en otras personas, situación que deviene constantemente en conflictos interpersonales que ponen de manifiesto su frágil y lábil integración yoica, afectando, por ende, su grado de integración y adaptación social.

Este particular modo de estructuración de la personalidad ha definido en buena medida su individual interacción y modos relacionales con su entorno en diferentes áreas, como hemos visto: familiar, escolar y social, cobrando importancia e influyendo en los estilos de afrontamiento que ha desplegado ante situaciones amenazantes y difíciles de afrontar, eventos dolorosos que ha tenido que manejar con sus recursos yoicos parcialmente definidos, mismos que, de manera conjunta a la organización de su personalidad aún cambiante, dieron lugar a la aparición de sucesivos episodios psicóticos en V., por lo cual, a continuación, se describirán y analizarán dichos eventos particulares.

- ***Eventos traumáticos***

Es frecuente que los conceptos asociados a trauma y traumatismo sean utilizados en forma laxa e inespecífica, como es el caso de “situación traumática”, noción de la que se ha abusado tanto que, en el actual estado de la elaboración analítica, ya no se sabe bien si esclarece o entorpece nuestra labor terapéutica. La expresión suele ser ocasión de un generalizado error: denominar *situación traumática* a aquello, que, en rigor, no es sino una situación fáctica. El error consiste en adjudicar una cualidad psíquica —la de *traumático*— a una situación fáctica; es decir, adjudicar a un proceso psíquico específico, que denominaremos *traumático*, una relación necesaria con determinada situación. Sin embargo, una situación nunca es traumática *per se*, ya que *traumático* nombra cierto tipo de falla en la elaboración psíquica no vinculada *a priori* a ningún hecho especial.

Durante su desarrollo, la paciente ha sufrido la vivencia de eventos traumáticos significativos, el primero de los cuales fue —como se describió y analizó en el apartado del vínculo simbiótico con su madre— la asunción de una etiqueta médica asignada a su nacimiento, pues el *sufrimiento fetal* mencionado ha sido tanto para ella como para su

madre la base de una realidad dolorosa y difícil de resignificar, pues a partir de ella se ha edificado la idea de lo *traumático*, quedando inscrito en su imaginario personal como una realidad presente en su vida desde el momento de su nacimiento.

Posteriormente hubo un abuso sexual (tocamientos) a los ocho años de edad, que trajo como consecuencia una considerable afectación psíquica que derivó en un internamiento psiquiátrico debido a ulteriores alteraciones del desarrollo, como la aparición de enuresis, ansiedad, terrores nocturnos, llanto, irritabilidad y tristeza, los cuales se extendieron por varios meses, sin que los padres conocieran la razón, pero si se percataban del malestar por el que su hija atravesaba. El evento aconteció cuando V., al acompañar a su madre a trabajar en una casa (se dedicaba al servicio de limpieza doméstica), la dejó sola con un sujeto de edad adulta, quien llevó a cabo dicho acto. La paciente refirió haber sido tocada directamente en los genitales debajo de la ropa interior, situación de la que logró salir rápidamente, al percatarse del malestar y molestia que le provocaba, pero no se lo comentó ni lo hizo saber a su madre.

Posterior a estas alteraciones emocionales y del comportamiento en la paciente —un año después—, llevó a cabo un intento de suicidio, y mencionó que en un momento de intensa desesperación y angustia tomó un cuchillo en la cocina y amenazó a su hermana de muerte, posteriormente amenazó con enterrárselo ella misma, hasta que su hermana logró quitárselo, lo que trajo consigo un forcejeo donde V. le pedía a su hermana que acabara con su vida. Tras esto, la paciente dijo haber salido corriendo de manera desesperada hacia la azotea de la casa con la firme intención de saltar desde lo alto, situación que su hermana también logró impedir. Dichos acontecimientos trajeron como consecuencia un primer internamiento en un hospital psiquiátrico en la historia de la paciente, el cual fue vivido como amenazante y difícil de afrontar: “Era la más pequeña de todas ahí, además, todas estaban como que muy maleadas y sentía que se querían aprovechar de mí”. (E2)

Esto permite observar que “estados depresivos, suicidios y tentativas de suicidio forman parte también, desgraciadamente, del telón de fondo del universo adolescente” (Fize, 2002, p. 42). Según el INEGI (2011), el suicidio constituye la segunda causa de muerte en jóvenes de entre 15 y 19 años de edad.

El *acting-out* motor, producto del descontrol frente a la pérdida del cuerpo infantil, se une al *acting-out* afectivo, producto del descontrol del rol infantil que se está

perdiendo; aparecen entonces conductas de desafecto, de crueldad con el objeto, de indiferencia, de falta de responsabilidad, que son típicas de la psicopatía, pero que encontraremos en la adolescencia normal. (Aberastury y Knobel, 1988, p. 62).

Siguiendo esta afirmación, podemos comprender el intento suicida que V. lleva a cabo justo en la transición evolutiva hacia la prepubertad, como una manifestación de ira hacia su madre, a quien ama y necesita, pero que a su vez es percibida como insuficiente, al haber ignorado o pasado por alto el abuso sexual que sufrió, surgiendo con ello el enojo por haber sido incapaz de protegerla.

El intento suicida representa el pasaje al acto de un duelo ocasionado por el arrebato de la inocencia infantil, habiendo sido una irrupción traumática de la sexualidad en la paciente. En ese sentido, la pérdida es múltiple: por un lado, se encontraba transitando hacia una etapa caracterizada por la pérdida del cuerpo y mundo infantiles y, sumado a esto, la intromisión de la idea de pérdida de la madre como protectora efectiva. Tal vez por ello le pide a su hermana que la mate, para así matar esa idea que la consume, siendo posible que por ello haya intentado quitarse la vida sin lograrlo.

Posteriormente, a los 12 años de edad, tras la muerte de su abuela materna, su madre es internada en un hospital psiquiátrico sin informársele nada a la paciente. Esa situación derivó de la particular reacción de la madre, quien en entrevista informó que al saber que su madre había muerto, intentó suicidarse mezclando algunas drogas de prescripción psiquiátrica (Clonazepam y Valproato de magnesio) con una importante dosis de alcohol. Fue encontrada inconsciente en su habitación por su esposo y permaneció en dicha condición durante varias horas, razón por la cual fue trasladada a un hospital psiquiátrico, donde se le internó inmediatamente por un periodo de tres semanas. Dicha desaparición de la madre de V., en tanto su condición y paradero le fue ocultada *“para no hacerle daño”* (EM2), y trajo consigo una honda sensación de abandono, confusión y angustia, así como un intenso temor de que hubiera muerto también, estado que se extendió por un par de semanas, hasta que volvió a casa.

Entre tanto, como toda información le es vedada, la invade una angustia imposible de tolerar, lo que dio lugar a una gama de fantasías y suposiciones tendientes a disminuirla, pero todas ellas atravesadas por la idea y temor de la probable muerte y pérdida definitiva de su más importante objeto de amor: su madre.

Habría que prestar particular atención al evento desencadenante que propicia la desaparición de la madre, a saber, la muerte de la abuela materna, en tanto que su madre mencionó en entrevista (EM2): “Mi madre era a mí, lo que yo soy a V.”, lo cual denota una importante indiferenciación en el vínculo madre-hija, pues como siente que su propia madre la abandona, ante la imposibilidad de tolerar dicha pérdida, abandona a su vez a V.

Siguiendo a Lacan (1984), “el conflicto deja un lugar vacío, y en el lugar vacío del conflicto aparece una reacción, una construcción, una puesta en juego de la subjetividad”, entonces surgen los síntomas psicóticos (alucinaciones y desrealización), mismos que bien pueden constituir “un fracaso de la defensa y un retorno de lo reprimido”, siendo el caso de V., quien sufre un primer quiebre ante la angustia de la “desaparición” de su madre, y es ese el primer momento en que aparecen las alucinaciones que, como se explicará más adelante, cubrieron una función tendiente a cubrir el vacío y la falta que esa temporal pérdida significó en su frágil estructuración yoica.

V. no puede soportar determinada pérdida, y parte de su vida parece centrada alrededor de la compensación del daño sufrido, lo que se relacionaría con sus rasgos de carácter sádico, mediante los cuales constantemente ataca al objeto, situación que se vio puesta en acto en las entrevistas con la madre, donde V. solicitó estar presente —en un claro y abierto intento de control, para evitar esa angustia que probablemente reviviría en cierto nivel la vivida en esa separación—. Destaca que en diversas ocasiones surgieron provocaciones entre ambas.

Lo anterior habría dado lugar en la paciente a una idea omnipotente amenazante: la de poder matar al otro, y es que dicha angustia encubriría el odio hacia esa madre que permitió que esto le ocurriera (haber sufrido abuso sexual) y, por ende, el deseo de que muera, pues la ve como culpable de los tocamientos de los que fue víctima al haber sido entregada, o puesta al cuidado de un extraño “con excesiva desaprensión”, de acuerdo con Freud (1976a).

Los eventos traumáticos descritos, en conjunción con la estructura limítrofe de personalidad previamente formada en V., dieron lugar a la aparición de episodios psicóticos, los cuales se describirán y cuyo significado psicológico profundo y representación inconsciente se analizarán en el siguiente apartado.

- *Episodios psicóticos*

Previo a la presentación de los resultados referentes a dichos episodios, resulta necesario informar que el daño orgánico se ha descartado como posible causa de las alucinaciones visuales que presentó, en tanto que a finales de octubre de 2011 se le realizó por primera vez una tomografía, y posteriormente una resonancia magnética para descartar alteraciones orgánicas.

El trastorno psicótico breve se clasifica en el DSM-IV-TR como un trastorno de corta duración. Los criterios diagnósticos especifican la presencia de al menos un síntoma claramente psicótico que dure de un día a un mes, cuya aparición consiste en un episodio psicótico. A su vez, el manual permite especificar desencadenantes graves, como es el caso de la paciente en el presente estudio, como se detalló en el apartado anterior.

Esta cautela diagnóstica no tiene únicamente el valor de una precaución monográfica, sino, al contrario, testifica una especificidad de la patología adolescente que es bastante distinta de la adulta: flexibilidad, movilidad y evolución, hasta el punto que síntomas psicóticos mayores, como delirios o alucinaciones, pueden ser un fenómeno transitorio, vinculado a la defensa puesta en acto ante los conflictos evolutivos.

Tras dos importantes eventos acontecidos en la vida de la paciente, a saber, la muerte de la abuela materna que trae como consecuencia la desaparición temporal de la madre en tanto es internada en un hospital psiquiátrico sin hacer tal hecho de su conocimiento, V. comienza a sentirse atraída por los *elfos*, los cuales conoce a través de una amiga. Al respecto comenta: “Son seres mágicos que te ayudan a conseguir lo que quieras, lo que más deseas”, y agrega que existía uno especial, el de color rojo: “El elfo del amor... llegué a pensar que con él conseguiría el amor de mi madre”.

Su madre volvió a casa tras el internamiento y a los pocos días aparecieron por vez primera las alucinaciones visuales y auditivas en V. La paciente informó de cuatro episodios (aproximadamente), los cuales ocurrían principalmente en su habitación, que es donde tenía su colección de elfos: “los veía caminar y escalar por los muebles, hablaban entre ellos y creo que intentaban decirme algo, pero me lo imaginaba, no lo escuchaba, solo oía mi nombre: V”.

Podría mencionarse que el estado regresivo en el que cae el yo en la alucinación es concordante con la organización estructural de la paciente. En cuanto a la psicogénesis, Freud (1976a), relaciona los casos de confusión alucinatoria aguda —respecto a su origen— “mediante el mecanismo psíquico de la defensa (icc), a raíz del intento de reprimir una representación inconciliable que había entrado en penosa oposición con el yo del enfermo”.¹ Esta afirmación permite validar lo referido, al mencionar que la alucinación irrumpió en este caso particular a manera de defensa inconsciente, preservando así la integridad yoica ante eventos que resultan sumamente amenazantes.

Se observa cómo, ante la pérdida real de un objeto de amor al que necesita, en tanto su madre desaparece totalmente de su espacio, surge un vacío que es necesario llenar con un objeto externo, un sustituto del objeto de amor que venga a suplir esa carencia. Encontramos en ello la psicogénesis de las alucinaciones que más tarde llegará a presentar V., pues, como en el caso del delirante, un parche se coloca donde ha habido una desgarradura imposible de manejar adecuadamente con los recursos yoicos. Así, la alucinación, surgida de ese mundo de la fantasía, surge para colmar el deseo infantil no satisfecho, con una ganancia psíquica secundaria que permitiría la reelaboración de la realidad, la cual produce una frustración insoportable ante la aparente pérdida del objeto.

A los 15 años vuelve a tener una alucinación visual: un hombre sentado en la escalera de su casa, imagen que asoció en sesión con el recuerdo de la escena donde sufrió abuso sexual: “creo que surgió nuevamente un temor, aunque no sé por qué, según yo ya lo había superado y ahora aparece otra vez [...] antes tenía pesadillas y no podía dormir porque imaginaba su cara sobre mí, pero esa vez que lo vi en la escalera de mi casa sí sentí mucho miedo”.

Es en este campo de transición entre etapas de su desarrollo cuando la paciente se presenta con un notorio deterioro de estabilidad emocional y una evidente alteración psicológica ante la incompreensión y dificultad en el manejo de situaciones vividas que resultaron dolorosas, en un periodo de confusión relacionado con los cambios propios de la adolescencia, que, en su momento, llevó a considerar, respecto a la prognosis del caso, probables futuros avatares de morbilidad en la personalidad de la paciente.

Para efecto de análisis de los episodios, se considera la importancia de entenderlos como un fenómeno transitorio y adaptativo, no subyacente a un diagnóstico estructural de psicosis,

pues, como se ahondó en apartados anteriores, la estructura de personalidad es limítrofe y los episodios corresponden a lo que los Laufer (1984) definieron por medio de la expresión *breakdown evolutivo*, refiriéndose con ella a

[un] episodio antiguo que, aunque se instale en la pubertad y haya tenido su antecedente en la infancia [...] ejerce un efecto acumulativo durante toda la adolescencia, con implicaciones por lo que se refiere a la normalidad y a la psicopatología de la edad adulta.

Al respecto, para diferenciar las psicosis francas y estructurales, Bergeret (1974) menciona que

el caso de episodios mórbidos verdaderos son una forma más o menos durable de comportamiento que emana realmente de la estructura profunda, como consecuencia de la imposibilidad de hacer frente a circunstancias nuevas, interiores o exteriores, que han llegado a ser más poderosas que las defensas movilizables habitualmente en el marco de los datos estructurales, y solo en ese marco.

Si bien un síntoma aislado no permite *per se* hacer un juicio clínico en cuanto a la organización estructural de la personalidad, hay diversos elementos que orientan hacia la conclusión propuesta. Pero la rotura de la subjetivación, de la cual el síntoma psicótico representa la reorganización defensiva con sus características de omnipotencia, negación, proyección masiva, y toda la correlación defensiva de las psicosis, no se puede nunca reducir a la proyección en una realidad neutra, de una fantasía inconsciente: “el trauma ocasional —el abandono sentimental, el alejamiento de casa, el contacto con la muerte, etc.—, puede provocar una urgencia inaplazable y una tensión difícilmente controlable, que el adolescente quiere recomponer lo más de prisa posible” (Nicolò, 2009). En el caso de los episodios psicóticos, al analizar el contenido apreciamos que, en el nivel simbólico, representa claramente una desorganización ligada a la representación de la madre, pues los seres que ella ve y escucha tienen una fuerte carga de deseo de amor de la figura materna, pues los considera como emisarios o mensajeros que podrían asegurarle contar con éste.

Puede apreciarse un encaje fascinante entre la escena real y la puesta en escena fantasmática, es decir, las alucinaciones que aparecen en el vacío temporal que deja la desaparición de su madre, en tanto que los elfos que la paciente alucina y con los que llenan un hueco dejado por el objeto de amor desaparecido, son representantes y símbolos de ese

amor perdido y deseado: “Los elfos son seres mágicos que te ayudan a conseguir lo que más deseas [...] había uno especial, el rojo, el elfo del amor”. Dicha afirmación la hace la paciente de manera consciente: “Con él, recuperaría el amor de mi madre” (E2). Lacan (1984) afirma que “en la psicosis [...] es verdaderamente la realidad misma la que está primero provista de un agujero, que luego el mundo fantasmático vendrá a colmar”. En el caso específico de las alucinaciones de V., puede interpretarse como intento de sacar de su mente los pensamientos persecutorios por no tolerarlos internamente, proyectándolos al exterior: “Así, el síntoma representa un producto complejo en relación con un trauma ocasional, con una colusión psicotizante entre el conflicto identitario, un problema en la subjetivación propio de la adolescencia y la fragilidad narcisista primaria” (Nicolò, 2009).

Puede apreciarse en el significado del contenido alucinatorio una regresión hacia lo que Joffe y Sandler (1969) denominaron “estado ideal del ser”, lo cual es una representación afectiva que integra la unión dual simbiótica en su punto más alto de la omnipotencia infantil, representada por el fuerte deseo de conseguir el amor de la madre, a través de rituales que representarían una función más autónoma, pero caracterizada por el pensamiento de su propio poder mágico infantil.

Como se menciona en el supuesto del presente trabajo, hablar de estructura limítrofe de personalidad en su relación con el desarrollo de episodios psicóticos implica plantear las condiciones que determinan, y en su caso favorecen, su aparición. Mencionar, entonces, *condiciones necesarias*, no equivale a hablar de *condiciones suficientes*, en tanto representan elementos situados en diferentes dimensiones de temporalidad en su aparición y surgimiento:

En este intervalo que separa a lo necesario de lo suficiente se sitúa, no solo lo que escapa a nuestro saber, sino también lo que convierte a la psicosis en un destino en el que el sujeto tiene un rol propio y que no es un accidente sufrido en forma pasiva. (Aulagnier, 1988, p. 191).

Respecto a esta neoconstrucción de la realidad, o enmendamiento, Freud afirmó que

hay dos hechos indudables: que este nuevo mundo se edifica en el sentido de las mociones de deseo del ello, y que el motivo de esta ruptura con el mundo exterior fue

una grave frustración (denegación) de un deseo por parte de la realidad, una frustración que pareció insoportable. (Freud, 1923, p. 156).

Esta afirmación puede corroborarse con las evidencias clínicas que se presentan y analizan, en las que se aprecia la presencia de ambos factores, sobre los cuales se edifica la transformación de la realidad y permite confirmar que “la etiología común para el estallido de un síntoma psicótico sigue siendo la frustración, el no cumplimiento de uno de aquellos deseos de la infancia, eternamente indómitos, que tan profundas raíces tienen en nuestra organización comandada filogenéticamente” (Freud, 1923, p. 15).

Esta correlación entre condiciones necesarias y suficientes, o lo que diversos autores han denominado “desencadenantes o gatillo”, se instala en un terreno particular, preexistente, que representa la premisa de todo *breakdown psicótico*. Es lo que Aulagnier (1988) ha definido como “potencialidad psicótica”. Esto indica la presencia de lo que la autora define como “un pensamiento delirante primario incitado y no reprimido”, para significar aquel encuentro particular “entre el yo del paciente y una organización específica del espacio fuera de la psique y del discurso que en ella circula”, usando las palabras de la autora.

En efecto, esta potencialidad se mantiene latente, incluso toda la vida, si el encuentro con el otro y con los acontecimientos de la vida no la sacan a la luz. Y, además, nos lleva no tanto y solo a acontecimientos precisos con un valor traumático, sino a todo un funcionamiento del entorno del cual el paciente forma parte activamente. Son este funcionamiento y este encuentro los que tienen un valor traumático originario que el trauma sucesivo reactiva y evoca. Y este tipo de funcionamiento tendrá eco en los posteriores síntomas del paciente.

Finalmente, ese intento desesperado, esa lucha interna de su yo contra la invasión de los fantasmas del fraccionamiento psicótico, es precisamente el móvil que permitió y llevó a la paciente buscar ayuda terapéutica, pues, como se mencionó en el motivo manifiesto que expresó en las entrevistas iniciales, asistió a psicoterapia de apoyo por temor “a volverse loca... a que regresen las alucinaciones”.

IV. Discusión y conclusión

A partir del motivo de consulta (latente y manifiesto), la exploración sintomática, el estudio del desarrollo familiar y personal, así como del material que fue surgiendo en las sesiones a medida que se fue desarrollando el tratamiento psicoterapéutico, es como llegué a considerar que las rupturas con la realidad manifestadas en sintomatología psicótica, es decir, que las alucinaciones visuales presentadas por V., se presentaron como resultado de la conjunción de una estructura de personalidad limítrofe, aunada a la vivencia de eventos traumáticos que afectaron el normal desarrollo de la paciente.

Es de suma importancia acotar que lo expuesto surge en el marco de la emergencia de la adolescencia, periodo de transición y organización psíquica, de ajustes y desajustes de la personalidad que tienden a la formación de la identidad propia, periodo caracterizado por un importante nivel de labilidad emocional y fluctuaciones considerables en el estado de ánimo y carácter.

A partir de una comprensión metapsicológica de su funcionamiento psíquico se diseñó un plan de tratamiento que satisficiera las necesidades de su demanda, y se encontró que el supuesto planteado coincidía con la problemática de la paciente, lo que se reconoció con la creciente capacidad de autoanálisis mostrada de manera secuencial a lo largo de la evolución del tratamiento, así como por el incremento del control de la impulsividad que le había llevado a tener conflictos frecuentes en diferentes áreas de interacción, reduciendo así el riesgo implícito que las consecuencias representaban para ella, como problemas con las autoridades escolares y el deterioro de la relación con su madre y su hermana, con quienes pudo, poco a poco, reducir la frecuencia de aparición de conflictos, así como buscar formas de solucionarlos a través de la mediación y la expresión de los sentimientos, para analizar las reacciones que la llevaban a no controlar su carácter irritable y explosivo.

Empero, para el lector entrenado en la clínica psicoterapéutica cabe la posibilidad de que surjan posturas diversas al supuesto que planteo, que refiere que la existencia de una estructura de personalidad limítrofe —formada a partir de un vínculo simbiótico con su madre—, aunada a la vivencia de hechos traumáticos, dieron lugar al surgimiento de episodios psicóticos en la paciente, por lo que considero de suma utilidad elaborar una conjunción de los elementos planteados que permita ensamblar los resultados obtenidos a

partir del análisis del contenido de las sesiones del proceso psicoterapéutico llevado a cabo con V.

Siguiendo una línea evolutiva del desarrollo de la paciente, en relación con el estado actual en que se llevó a cabo el proceso, comenzaré confirmando que V. se vio claramente influida por las implicaciones derivadas del inacabado proceso de individuación con su madre, y creó un importante nivel de apego que retrasó el proceso normal de separación-individuación, explicado por la psicología del desarrollo, así como, posteriormente, por el cuadro depresivo por el que atravesó la madre, precipitado por la muerte de su propia madre, abuela materna de V., situaciones que dificultaron el desarrollo de una autonomía y la capacidad para relacionarse de manera ambivalente y sin agresión con los objetos de su ambiente, dificultando también la regulación y control de sus impulsos, reflejado, por ejemplo, en los problemas de disciplina que ha tenido en el área escolar que se han presentado como una constante en diferentes etapas.

Dicho modo de relacionarse con el objeto materno de amor dio lugar a la formación de rasgos de carácter ambivalentes, infantiles y oposicionistas, a la vez que participaban en la conformación de mecanismos de defensa basados en la escisión, como la fluctuación en la representación de las figuras entre los extremos idealización-devaluación, proyección e identificación proyectiva, llegando a ser constantes las intervenciones terapéuticas basadas en el señalamiento de situaciones donde la paciente proyectaba afectos en el exterior y los otros, ante la imposibilidad de reconocerlos y tolerarlos dentro de sí. La conjunción de estos elementos habría dado lugar entonces a la cristalización de un estilo reactivo de afrontamiento, siendo una constante la irritabilidad como respuesta afectiva ante situaciones de estrés.

Nos encontramos, entonces, con antecedentes importantes que influyeron en la estructuración del psiquismo de V., lo que permitirá comprobar la hipótesis planteada respecto a que este vínculo simbiótico con la madre posibilitó la formación de una estructura limítrofe en la paciente, observable en el ensamblaje de los elementos mencionados, que si bien no están totalmente fijados de manera definitiva en la paciente, se presentan con una regularidad y persistencia que permiten asignar tal diagnóstico estructural. Al respecto, se puede concluir que la incapacidad de una madre para favorecer el proceso de separación-individuación, aunada a la presencia fallida de una figura paterna que la apoyara y estableciera los límites necesarios para su diferenciación, pudieron influir

en la estructuración psíquica del hijo, quien en la adolescencia puede presentar dificultades simbólicas en el proceso de formación de identidad, así como fallas en la integración y fortaleza yoica.

Una manifestación considerable, constante en la personalidad, se vio claramente en las fallas en el control de impulsos. Se constató que dichas fallas se presentaban en diferentes ambientes, además del escolar, como en las peleas que constantemente surgían con su madre y hermana, hasta escalar a situaciones que concluyeron en violencia física de parte de V. hacia ambas, lo que marcó puntos de quiebre importantes en la relación, principalmente entre hermanas, lo que generó un distanciamiento significativo entre ambas luego de tales eventos.

Los distanciamientos llegaban a causar goce en la paciente, pues se erigían como espacios dónde V. fantaseaba con ser en realidad hija única, sin tener que interactuar con ninguno de sus hermanos al vivir ellos de manera independiente fuera del núcleo familiar, accediendo así a todo el amor (representado por los beneficios) de sus padres, sólo para ella, situación íntimamente vinculada a la propuesta relacional que hizo la madre en la primer etapa de vida de la paciente, incluso desde la concepción, pues los padres planearon el embarazo “para no quedarse solos”, anticipando así el hecho de la separación eventual y natural de los hijos mayores, lo cual se corroboró en afirmaciones de la madre referentes a las dificultades en el manejo de la angustia surgida ante los escenarios de separación: “quería tenerla sólo para mí”.

Estas fallas en el control de sus impulsos alcanzaron su punto álgido hacia sus nueve años de edad, cuando llevó a cabo el intento suicida relatado, que derivó en el internamiento en el hospital, situación que reviviría en ella el aspecto traumático de la confrontación disruptiva con su sexualidad, debido a que ubicamos el origen de tal alteración en su comportamiento en el abuso sexual del cual fue víctima previamente, lo que generó en ella una angustia insoportable, así como un duelo por la pérdida de la inocencia infantil. Esto se vio reeditado precisamente en el espacio del internamiento en el hospital, al verse expuesta a niñas mayores que se encontraban ahí, pues debido a que las bañaban juntas, al verse desnuda frente a otros, desconocidos, dio lugar nuevamente a una angustia derivada de la irrupción de la sexualidad de manera indeseada.

Nos encontramos ante un escenario de situaciones que dieron lugar a la vivencia de lo traumático en V., dos escenarios en un continuo de interrupción en su inocencia y sexualidad infantiles, pues dicho abuso originó una serie de acontecimientos que pusieron de manifiesto la fragilidad yoica de V., que se enfrentó así, en la prepubertad, al triple duelo descrito por Aberastury (1986) de manera anticipada, pues siguiendo su planteamiento, la vivencia del duelo se da en un primer momento por la pérdida de la inocencia y el cuerpo infantil, ocasionado por el abuso sexual; posteriormente, por el mundo e imaginario infantiles, al verse expuesta de manera directa y cruda a la locura y la sexualidad (representada en la transición, precisamente, del cuerpo infantil al adulto, pues el desagrado y angustia surge de ver niñas mayores a ella desnudas), y, finalmente, el duelo por la pérdida de los padres infantiles, visto en el acto de la muerte del ideal de la madre protectora, pues la percibe entonces como incapaz de haberla protegido, dejándola vulnerable, con desaprensión, ante el adulto que abusó de ella.

Tras haber abordado la perspectiva metapsicológica de V. en su momento, y a partir de ahí plantear la estrategia terapéutica, es posible profundizar en cómo se ve afectado el proceso de adolescencia a partir de la ley del traumatismo. Se entiende como trauma la relación entre las cantidades de energía que ingresan y la capacidad de ligazón en el interior del sistema (Bleichmar, 2009). Una representación traumática es la inmetabolizable, que no se tradujo en representación-palabra, en una articulación simbólica que sostenga a aquella (representación). Entonces el trauma no se desencadena, más bien se constituye en un segundo momento, a saber: lo anterior es reconfigurado por lo posterior (*nachträglich*); sin embargo, lo anterior no necesariamente estaba destinado a un desenlace en el cual se encontrara con aquello que hoy le ocurre como destino.

Desde la perspectiva *intrapsíquica*, V. logró un mayor reconocimiento de sus afectos y control de sus impulsos, una mayor capacidad de simbolización que se reflejó en un mejor desempeño académico que logró elevar su promedio de un semestre al siguiente, con el claro objetivo de obtener la calificación mínima requerida para ingresar a Medicina; el desarrollo de un pensamiento que le permitía postergar el impulso y anteponer la palabra, con lo cual dejó de involucrarse en peleas con sus pares, y disminuyó la ansiedad asociada al temor de “volverse loca... de que las alucinaciones regresaran”, y llevó a cabo un esfuerzo consciente por mejorar la relación con su hermana, de quien en especial se había distanciado notablemente.

Anna Freud (1961) sostiene que resulta de suma dificultad establecer el límite entre lo normal y lo patológico en este periodo particular del desarrollo, pues considera que toda la conmoción subyacente debe estimarse como normal, añadiendo, además, que sería anormal la presencia de un equilibrio estable durante dicho proceso. Y es que: “No se vuelve loco quien quiere [...] Para ser loco, es necesaria alguna predisposición, si no alguna condición” (Lacan, 1984).

Dicha idea se vería avivada ante la “desaparición” de la madre, pues de pronto toda imagen de ella le es velada, y la verdad sobre lo que está aconteciendo (su internamiento en un hospital psiquiátrico) se le oculta, lo que da lugar a una angustia de separación aterradora, pues se encontró atravesada por la idea y temor de la probable muerte de la madre, pues inconscientemente se percibe como incapaz de cuidarse a sí misma, carente de los recursos yoicos personales para afrontar una pérdida que habría dado lugar a una identificación masiva de afectos,

A lo largo de este trabajo se han planteado los elementos constitutivos de la personalidad de V., los cuales han determinado su estilo de afrontamiento ante las situaciones y acontecimientos de su historia. Se ha visto cómo el vínculo simbiótico establecido por su madre con ella dio lugar a la formación de una estructura limítrofe.

V. Anexos

HISTORIA CLÍNICA

Síntesis del caso:

Paciente femenino de 17 años quien ha presentado episodios psicóticos reactivos breves desencadenados por eventos traumáticos (abuso sexual, internamiento de ella y su madre en hospitales psiquiátricos y la sensación de haberla perdido) aunados a una estructura psicótica de la personalidad, derivada de una relación simbiótica con su madre.

La paciente acude a consulta en la clínica de psicoterapia para adolescentes del CCH Sur siguiendo la indicación terapéutica del psiquiatra que la trata hace poco más de un año, mencionándole que requiere atención psicológica como apoyo a su tratamiento. Asiste a la primera entrevista acompañada de su madre quien describe de manera general lo que le pasa a la paciente: “ha sufrido cosas muy fuertes”, refiriendo datos de desarrollo personal, acontecimientos traumáticos y métodos de afrontamiento de los mismos a nivel familiar. Entre los más significativos destacan, como se mencionó anteriormente, un abuso sexual (tocamientos) sufrido a los 8 años de edad por parte de un desconocido, un intento suicida a los 9 años con un consiguiente internamiento en un hospital psiquiátrico infantil, el cual relaciona con una exposición temprana a la sexualidad; un internamiento e de su madre durante el cual no sabe de ella, dando lugar ello a temores de muerte de la misma presentándose posterior a esos eventos los primeros episodios alucinatorios visuales agudos que ha vivido la paciente, por lo que comienza a ser tratada psiquiátricamente, tras el cual hay un periodo de remisión parcial apareciendo una nueva alucinación a los 15 años.

La explicación psiquiátrica se ha visto impedida de apreciar en su completa dimensión el escenario sobre el cual aparecen las alucinaciones, ignorando por completo las causas intrapsíquicas y la vivencia de los eventos traumáticos por parte de la paciente; muestra pues (el tratamiento psiquiátrico que continúa), una comprensión limitada e incipiente de lo que le ocurre encasillándola en un diagnóstico ambiguo “alucinosis idiopática” (cuya etiología se desconoce) lo cual da cuenta de una incapacidad, o mas bien, de una dificultad de determinar con claridad que pasa con V.

En cuanto a la psicogénesis, Freud (1896, pp. 163) relaciona los casos de confusión alucinatoria aguda – respecto a su origen – “... mediante el mecanismo psíquico de la defensa (icc), a raíz del intento de reprimir una representación inconciliable que habría entrado en penosa oposición con el yo del enfermo”.

Por ello se vuelve necesario un abordaje y tratamiento psicodinámico que permita develar los puntos ciegos y críticos del desarrollo de la paciente, de aquellos que favorecieron o promovieron el surgimiento de los síntomas edogisticos presentes en ella, con el fin de comprenderlos para posibilitar su abatimiento, así como definir, con base en la historia de la paciente, las implicaciones y el papel determinante de las mismas en su aparición para extender y afinar el conocimiento y comprensión que V. tiene de sí misma.

Cobra especial relevancia el tratamiento en este periodo de desarrollo de la paciente, asico como un análisis profundo y detallado del caso ya que de acuerdo con Bergeret (1974):

“la adolescencia... presentaría posibilidades evolutivas todavía múltiples en el plano estructural. En efecto, en esta etapa particularmente importante del desarrollo afectivo del individuo todo puede volver a ser puesto en cuestión... El sujeto todavía conservaría en este periodo una pequeña posibilidad de que el eje de evolución de su Yo abandonara la línea psicótica, no totalmente fijada”.

El tratamiento de la paciente consistió en psicoterapia psicoanalítica con dos sesiones por semana el cual tuvo inicio durante el mes de agosto de 2011. Contando con un total de 40 sesiones a enero de 2012.

Ficha de identificación:

Nombre: V.

Edad: 17 años

Sexo: Femenino

Ocupacion: Estudiante (4to.-6to. Semestre, educación media superior)

Lugar de nacimiento: D.F.

Fecha de nacimiento: 12 de abril de 1995

Lugar de residencia: D.F.

Estado civil: Soltera

Inicio del tratamiento: 11 de agosto de 2011

Descripción física y de conducta de la paciente (Impresión general):

V. es una adolescente que aparenta su edad cronológica. Mide aprox. 1.63 y es de complexión media aunque se en ocasiones se describe como “gorda”, indicando que si bien se percibe así: “soy una puerca”, eso no le genera malestar o conflicto. Viste de manera acorde a su edad, de manera casual, haciendo evidente su cuidado y esmero en su imagen personal. Es morena y el color de sus ojos es negro, utiliza anteojos así como un dispositivo dental correctivo (brackets), su cabello es largo, lacio y de color negro.

Es una chica un tanto tímida e inhibida (durante el inicio del tratamiento) aunque marcadamente impulsiva. Posteriormente se ha tornado más expresiva y extrovertida. Presenta labilidad adecuada aunque su tono afectivo tiende presentarse disminuido, habiendo sesiones en las que existe aplanamiento emocional. Suele hacer preguntas tendientes a develar condiciones del terapeuta. Es puntual y constante, habiendo externado en algunas ocasiones sentirse cómoda con el tratamiento.

Motivo del tratamiento:

Manifiesto:

Valeria llega a la clínica de atención psicológica para adolescentes del CCH Sur siguiendo una indicación del psiquiatra que la trata en un hospital del ISSSTE expresándole que requiere psicoterapia de apoyo al tratamiento farmacológico al que la paciente ha estado adscrita hace 8 años (reguladores del estado emocional) el cual suspendió a los 12; tomándolos nuevamente a los 13, así como un antipsicótico (Risperidona), el cual al momento del término del tratamiento había consumido por un periodo total de 4 años, como consecuencia de eventos críticos en la vida de la paciente como haber sido víctima de un abuso sexual (tocamientos) a los 8 años, un internamiento en un hospital psiquiátrico infantil a los 9 – derivado de un intento suicida -, así como un internamiento de su madre en un hospital también psiquiátrico, hecho que le fue ocultado. Presento entonces alucinaciones visuales.

Latente:

Presenta dificultad en el control de impulsos que la pone en riesgo y lleva una relación conflictiva con su madre, situación que (expresa la paciente) desea transformar. A su vez, informa de un temor persistente a volverse loca o perder el control. “De que regresen las alucinaciones”. A través de la psicoterapia analítica la paciente ha considerado el deseo y la necesidad que percibe en si misma por tomar el control de su vida, haciéndose cargo de sí misma.

Historia Familiar:

Valeria es la menor de tres hermanos, existiendo una diferencia de edades con ellos de 10 y 7 años respectivamente. Respecto a ello, se sabe que sus padres planearon el embarazo de V. “*para no quedarse solos*”, refiriendo su madre que fue pensando en ello que accedió a embarazarse de nuevo.

Sus padres se llaman Fernando y Yolanda quienes a su vez tienen 52 y 46 años de edad. Su madre se empleaba hasta inicios de enero como trabajadora doméstica en una casa particular de donde fue despedida recientemente, razón o por la cual se encuentra en un juicio laboral, habiendo interpuesto una demanda a su antigua empleadora; adicionalmente presta servicios de limpieza y mantenimiento a través de una empresa dedicada a tal fin, por lo que trabaja en diferentes lugares con horarios variables. Su padre es carpintero, trabaja de manera independiente y constantemente se encuentra fuera de la ciudad ya que realiza trabajos foráneos ausentándose en ocasiones por varios días.

Se conocieron cuando su madre contaba con 15 años siendo vecinos, iniciando un noviazgo secreto casi de inmediato ya que ambos sabían que la familia de ella reprobaría esa relación pero llegaban a encontrarse en reuniones familiares en las cuales la convivencia era con alcohol refiriendo ella que entonces el “ya tomaba”. Tras esos encuentros su noviazgo fue permitido yéndose ella de su casa con el al cumplir 18 años al “no soportar la situación dentro de la casa” pues refiere una dinámica familiar de violencia y alcoholismo por parte de su padre hacia su madre, ella y sus hermanos (2), razón por la cual refiere haberse querido salir de inmediato.

Tras un año de vivir en la casa de la familia de él, se presentó el primer embarazo el cual no fue planeado ya que según refiere la madre respecto a su vida sexual “nunca me he protegido”, informando a su vez que el padre de Valeria reaccionó violento y con enojo, así como que fueron obligados “por la familia” a casarse, habiéndolo hecho durante ese mismo periodo, primero por el civil, para 4 años más tarde hacerlo también por la iglesia. Cinco años después llegó un segundo embarazo: la hermana de V. y posteriormente pasarían otros 6 para el embarazo de ella, mismo que fue el único planeado en la historia de la pareja de sus padres. Los 3 llegaron a término sin complicaciones de alto riesgo y los 3 nacieron por cesárea.

Según refiere su madre, planearon tener un tercer hijo puesto que vieron que los otros comenzaban a crecer, por lo que pensaron “para no quedarse solos” por lo cual surgió el embarazo de V.

Su madre proporcionó información acerca de su vida sexual con su esposo – sin habérsela solicitado expresamente – la cual describió como insatisfactoria desde siempre lo cual ella relaciona con los celos que este expresa constantemente sentir en la relación, así como por ser “eyaculador precoz”, situación “que nunca quiso atender”, por lo cual expresó: “le guardo resentimiento porque es un egoísta, solo piensa en él” a lo cual añadió que su actividad sexual es y ha sido escasa y que por ello nunca se ha protegido, informando que el único método que utiliza es el “coito interrumpido”.

Durante los dos primeros embarazos existió violencia física de gravedad considerable, pues su padre llegó a patear a su madre en el vientre en algunas ocasiones. La madre niega que esto se haya repetido durante el embarazo de la paciente.

La madre de la paciente refiere constantes enfrentamientos con su hija derivados de una relación conflictiva donde interviene el carácter explosivo de ambas, mencionando que en ocasiones no sabe cómo lidiar con su hija porque “le ha dado todo”, lo cual ha dado lugar a un carácter “caprichoso y altanero” de parte de V., según refiere su madre, respecto a ello la paciente reconoce que la relación es así, expresando dificultad para relacionarse de manera diferente pues menciona que en ocasiones es ella quien provoca los problemas. Refiere llevar una relación cambiante con sus padres, pues si bien en ocasiones ha externado encontrarse considerablemente molesta y enojada con alguno de ellos, esta situación puede fluctuar entre una y otra sesión, cambiando el objeto de su coraje, informa de una relación distante con sus hermanos pues “ya no viven en la casa y han hecho su vida”, lo cual a ella

le parece algo bueno en tanto que “ya puedo tener todo lo que mis papás puedan darme, sin compartirlo”.

Historia Personal (Desarrollo)

Información obtenida a través de entrevista con la madre (25 de agosto, 2011).

Antecedentes prenatales:

El embarazo de V. fue deseado y planeado, como se describió en el apartado de la historia familiar, con el objetivo claro de los padres de “no quedarse solos cuando los otros hijos crecieran”.

Su madre refiere que su embarazo fue normo evolutivo habiendo acudido a evaluación de manera trimestral, mencionando que la única complicación que llegó a tener fue una hinchazón en todo el cuerpo que desapareció al cabo de pocos días.

Antecedentes natales:

Su madre informó que la labor de parto fue prolongada habiendo pasado considerable tiempo antes de ser intervenida: “*tuve que hacer un escándalo para que me atendieran, fui hasta con el director del hospital*”. Bajo tales circunstancias se le informó que durante el mismo había existido “*sufrimiento fetal*”, lo cual ha sido de alguna manera, una etiqueta con la que la paciente ha lidiado a lo largo de su vida, pues en el tratamiento ella adscribe a dicha situación el posible origen de los colapsos que ha sentido en su vida, así como parte de su problemática: haber nacido ya con complicaciones, bajo circunstancias tales, lo cual trajo consigo un sufrimiento neonatal, según refiere la madre.

- Peso: 3,100 kgs.
- Talla: 51 cms.
- APGAR: 8

Antecedentes posnatales:

La madre informa que durante los 2 primeros meses de vida, V. tuvo temblores constantes en las piernas los cuales desaparecieron a los dos meses, mismos que fueron atribuidos tanto como al “*sufrimiento fetal*” como a una supuesta “*falta de calcio*” *sic*. De la misma

manera su piel era muy sensible refiriendo su madre que “al estirarla lloraba, también cuando la bañaba”.

Por dichas razones la paciente permaneció en terapia de estimulación motriz sus primeros nueve meses de vida, siendo su madre quien siempre la llevaba y atendía por entonces.

Existió un periodo prolongado de lactancia, siendo el destete cerca de los 30 meses luego de varios intentos de término por parte de su madre, a lo cual menciono en entrevista: “*Quise quitárselo varias veces pero no podía, fue muy difícil porque era muy corajuda y no me dejaba... eso no me pasó con mis otros hijos, a veces me daba tristeza porque aunque ya estaba grande iba caminando, se me subía a las piernas y me pedía chichi, no podía decirle que no*”. Menciona que incluso su madre – abuela de la paciente – le aconsejó en varias ocasiones que lo hiciera porque ello “*influiría en el carácter de la niña*”. Informa su madre que posterior a que esto ocurriera, V. utilizó biberón por aproximadamente 6 meses más.

La madre informa que durante los 2 primeros meses de vida, V. tenía temblores constantes en las piernas los cuales desaparecieron a los dos meses, mismos que fueron atribuidos tanto como al “sufrimiento fetal” como a una supuesta falta de calcio. De la misma manera su piel era muy sensible. Por dichas razones la paciente permaneció en terapia de estimulación sus primeros meses de vida.

Lenguaje

Baluceo: 4 meses

Primeras palabras: 8 meses

Frases: 18 meses

Motricidad:

Gateo: Gantes de la estimulación física de los primeros meses no hubo gateo pero después de estas si, por seis meses aprox.

Ponerse en pie: 15 meses

Caminar: Comenzó a hacerlo hacia los 18 meses

Control de esfínteres:

Alrededor de los 30 meses

Lactancia:

Destete: 30 meses (este se dificultó debido a que – según refiere su madre – V. era muy insistente y demandante del pecho, por lo cual lloraba y “hacia corajes”, iba y se subía en las piernas de su madre para pedirle, situación que se prolongó, por varios meses sin que pudiera retirárselo hasta que la abuela materna le hizo ver una desventaja: “se haría enojona”.

Biberón: continuó con el uso de este por un año más, hacia los 30 meses aproximadamente.

Socialización:

Su madre refiere dificultad en V. para socializar durante sus primeros años de escuela, informando que sus maestras la percibían como una niña aislada e introvertida; a su vez mencionó que durante estos primeros años tuvo conflictos con compañeros varones con quienes llegó, en una ocasión, a pelear a golpes con uno de ellos.

Disciplina

La paciente percibe el modelo bajo el cual fue criada como rígido y autoritario durante los primeros años pues hubo golpes de manera esporádica, habiendo dejado de golpearla sus padres hacia la edad de 8 años: “aunque no me pegaban duro, si me hacían llorar, no me gustaba que lo hicieran... y dejaron de hacerlo”. Es decir, era el método correctivo que los padres emplearon durante la infancia, informando su madre que posteriormente encontraron maneras no violentas de ejercer su autoridad y disciplina: comenzaron a hablar cuando tenían problemas y a imponer castigos que consideraron más “adecuados”, tales como prohibir ciertas cosas y diversiones, así como restringir ciertas actividades.

Antecedentes escolares:

Su madre refirió no haber inscrito a V. al kinder para poder “disfrutarla para mi nada más” ya que de esa manera podía pasar todo el tiempo junto a ella, por lo cual la metió solo pocos meses antes del tercer año de este con la finalidad solo de conseguir el documento probatorio para que pudiera ingresar a la primaria.

Describe el ingreso – tanto a esos meses de kínder tanto como a la primaria – como sumamente angustiante para V. pues lloraba incesantemente y permanecía triste por prolongados periodos de tiempo después de que se separaran (según le informan las maestras) situación que angustiaba en medida similar a su madre pues comenta que en

ocasiones estas tenían que pedirle que se fuera “*para no hacer las situación mas difícil*”. Al respecto, la paciente ha mencionado en sesiones que recuerda que “*fue muy difícil la separación con ella... cuando entre a la escuela no quería quedarme, quería regresar con ella*”.

Historial académico de buen aprovechamiento escolar (regular o promedio), sin antecedentes de reprobación o problemas escolares significativos.

Promedio en el CCH inicial y final durante el tratamiento: 8.25, 8.5

Desarrollo infantil:

A la edad de 8 años V. fue víctima de un abuso sexual, habiendo sufrido tocamientos en la zona genital por un adulto, compañero de trabajo de su madre cuando la acompañaba a realizar limpieza en una casa, mencionando que fue dejada sola con él, habiendo podido escapar de dicha situación por lo cual recibe una amenaza de muerte hacia ella y su madre por parte de su abusador en caso de hablar sobre lo que pasó. Dicho evento, aunado a la imposibilidad de expresar lo ocurrido trajo manifestaciones sintomáticas posteriores como enuresis, pesadillas y temores nocturnos.

Un año después del acontecimiento anteriormente descrito – a la edad de 9 años – la paciente tuvo un intento suicida: inicialmente le pidió a su hermana que la matara con un cuchillo, a lo cual esta intentó contenerla sin éxito; posteriormente fue detenida intentando saltar desde la azotea también por su hermana, lo cual trajo como consecuencia un internamiento por veintiún días en el Hospital psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, acontecimiento vivido en extremo amenazante por la paciente pues se ve confrontada de manera directa con la enfermedad mental y la locura, a la vez que sufre una exposición con la sexualidad que la impacta y deja marcada: es “obligada” a bañarse junto con varias niñas mayores lo cual genera en ella un monto importante de angustia, vergüenza y enojo. Logra hablar del abuso sexual con una psicoterapeuta a quien ve en escasas 5 ocasiones. Lo hace una vez siendo tratada como paciente externa “*solo hasta entonces sentí la confianza suficiente*”

Pubertad y Adolescencia:

Cuatro años más tarde, a sus 13, fallece su abuela materna, lo cual trae como consecuencia el abandono de su madre pues – según informó la madre en entrevista- ella misma, “muere en vida”, lo anterior tras un intento suicida por su parte “ya no quería vivir, me quería morir, pero no me di cuenta del daño que le hice a V porque mi madre era a mí lo que yo soy a ella” (lapsus: lo que quería decir es: yo era para mi madre lo que V. es para mí) por lo que es internada en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino por tres semanas, hecho que es ocultado a V., a lo cual la paciente comentó: *“no sabía que estaba pasando, la necesitaba”*. Inmediatamente tras dicho acontecimiento, e influida por una amiga de la escuela secundaria pública donde estudiaba, comienza a sentirse atraída por los Elfos, a lo que comenta: *“son seres mágicos que te ayudan a conseguir lo que quieras, lo que más deseas”*. Agregando que en particular existía uno especial, el elfo de color rojo: *“El elfo del amor... llegué a pensar que con él conseguiría el amor de mi madre”*.

Su madre vuelve a la casa tras el internamiento y a los pocos días de dicho evento aparecen por vez primera las alucinaciones visuales y auditivas informando la paciente de cuatro episodios (aproximadamente), los cuales ocurrían principalmente en su cuarto, que es donde tenía a los elfos *“los veía caminar y escalar por los muebles, hablaban entre ellos y creo que intentaban decirme algo pero me lo imaginaba, no lo escuchaba.... Solo oía mi nombre: V.”*

Es atendida entonces – tras haberle informado a su madre sobre lo que le pasaba luego de hacerse insoportables dichos episodios – nuevamente en el hospital psiquiátrico infantil, donde es diagnosticada con: “Alucinosis de origen idiopático”; a partir de entonces es tratada farmacológicamente con moduladores del estado de ánimo así como un antipsicótico (Risperidona), tras lo cual hay una remisión parcial por dos años.

A los 15 años vuelve a tener una alucinación visual: Un hombre sentado en la escalera de su casa, imagen que ella asocia en sesión con el recuerdo de la escena donde es abusada sexualmente: *“creo que surgió nuevamente un temor, aunque no sé por qué, según yo ya lo había superado y ahora aparece otra vez... antes tenía pesadillas y no podía dormirme porque imaginaba su cara sobre mí, pero esa vez que lo vi en la escalera de mi casa si sentí mucho miedo”*.

Le es realizada una nueva valoración psiquiátrica, ajustándose las dosis de sus medicamentos y se confirma por vez primera – a través de una resonancia que le es realizada por indicaciones de neurología – un pequeño daño orgánico, del cual le informan, es derivado de la forma en que nació, a lo que la paciente resignifica la etiqueta que rodeo las circunstancias de su nacimiento: sufrimiento fetal.

A finales de octubre de 2011 le fue realizada por primera vez una tomografía para descartar algún daño orgánico, la cual revelo que no existen alteraciones en ese plano por lo cual descartaron la posibilidad de realizarle también una resonancia magnética.

Relación de pareja:

La paciente informa no haber tenido hasta ahora ninguna relación de noviazgo o pareja significativa. Si bien ha tenido ciertos novios esporádicos, esta se angustia cuando la relación avanza y un contacto corporal más cercano se hace evidente, refiriéndose a tal hecho con cierta repugnancia y vergüenza, expresando que, además no le gusta encontrarse en una relación de pareja porque no le gustan los noviazgos pues los chicos de su edad le parecen tontos y los mayores “solo quieren otra cosa”. Por lo que actualmente refiere encontrarse feliz sin estar en una relación de pareja.

Vida sexual:

Abuso sexual (tocamientos), descrito en el inciso anterior, a la edad de 8 años.

Menarca: 13 años.

Masturbación: No se abordó el tema de manera abierta pues la paciente se ha mostrado resistencial a hablar al respecto: “estoy muy chiquita para esas cosas, me parece algo sucio”.

No ha habido inicio de vida sexual. *Sic.* Habla con pudor y reserva acerca de la sexualidad, expresando incluso asco en algunas ocasiones respecto a tocar el tema o recurriendo a expresiones tales como: “estoy muy chiquita para hablar de esas cosas”.

TABLA DE ASISENCIA A SESIONES DURANTE EL TRATAMIENTO:

No. Sesión	Fecha	Hora	Asistencia	Observaciones
2011				
1er. Entrevista	11/8/2011	14:00	*	
1er. Entrevista	11/8/2011	15:00	*	Entrevista con la madre
2da. Entrevista	15/08/2011	15:00	*	
3er. Entrevista	18/08/2011	14:00	*	
1	22/08/2011	15:00	*	
2	25/08/2011	14:00	*	
3	29/08/2011	15:00	*	
4	1/9/2011	14:00	*	
5	5/9/2011	15:00	*	
6	8/9/2011	14:00	*	
7	12/9/2011	15:00	FALTA	Avisó
-	15/09/2011	14:00	FESTIVO	
8	19/09/2011	15:00	*	
9	22/09/2011	14:00	*	
10	26/09/2011	15:00	*	
11	29/09/2011	14:00	*	
12	3/10/2011	15:00	FALTA	No Avisó
13	6/10/2011	14:00	*	
14	10/10/2011	15:00	*	
15	13/10/11	14:00	*	
16	17/10/11	15:00	FALTA	Avisó
17	20/10/11	16:00	FALTA	Avisó su madre (Enferma)
18	24/10/11	15:00	*	
19	27/10/11	16:00	*	
20	31/10/11	15:00	FALTA	
21	3/11/2011	16:00	*	
22	7/11/2011	15:00	FALTA	
23	10/11/2011	16:00	*	
24	14/11/11	15:00	*	
25	17/11/11	16:00	*	
26	21/11/11	15:00	*	
27	24/11/11	16:00	*	
28	28/11/11	15:00	FALTA	
29	1/12/2012	16:00	FALTA	
30	5/12/2012	15:00	*	

2012				
No. Sesion	Fecha	Hora	Asistencia	Observaciones
31	12/1/2012	14:00	*	
32	16/01/12	16:00	*	
33	19/01/12	14:00	*	
34	23/01/12	16:00	*	
35	26/01/12	14:00	*	
36	30/01/12	16:00	*	
-	2/2/2012	14:00	FALTA	
37	6/2/2012	16:00	FESTIVO	
38	9/2/2012	14:00	*	
39	13/02/12	16:00	*	
40	16/02/12	14:00	*	
41	20/02/12	16:00	*	
42	23/02/12	14:00	FALTA	
43	27/02/12	16:00	*	
44	1/3/2012	14:00	*	
-	5/3/2012	16:00	FALTA	
45	8/3/2012	14:00	FESTIVO	
46	12/3/2012	16:00	*	
-	15/03/12	14:00	*	
47	19/03/12	16:00	FESTIVO	
48	22/03/12	14:00	*	
49	26/03/12	16:00	*	
50	29/03/12	14:00	*	
51	2/4/2012	16:00	*	
52	5/4/2012	14:00	*	
53	9/4/2012	16:00	FALTA	
54	12/4/2012	14:00	FALTA	
55	16/04/12	16:00	*	
56	23/04/12	14:00	*	
	26/04/12	16:00	FALTA	
	30/04/12	14:00	FALTA	

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- Aulagnier, P. (1988) *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado*. Argentina: Amorrortu editores.
- Aberastury, A.; Knobel, M. (1971) *La adolescencia normal. (Un enfoque psicoanalítico)*. Ecuador: Paidós.
- Bergeret, J. (1974) *La personalidad normal y patológica*. Dunold. Francia
- Bleichmar, S. (2001) *Clínica psicoanalítica y neogénesis*. Argentina: Amorrortu.
- Fize, M. (2007) *Los Adolescentes*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Freud, A. (1961) *El yo y los mecanismos de defensa*. España: Paidós.
- Freud, S. (1923) *Neurosis y Psicosis*. Obras completas. Tomo XIX. Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1905) *Las metamorfosis de la pubertad*. Obras completas. Tomo VII. Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1896) *Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa*. Obras completas. Tomo II. Argentina: Amorrortu.
- Gutton, P. (1994) *Nuevas aportaciones a los procesos puberales y de la adolescencia*. México: AMERPI.
- Ito, M. & Vargas, B. (2005) *Investigación cualitativa para psicólogos: de la idea al reporte*. UNAM. México: Porrúa.
- Kernberg, P; Weiner, A; Bardenstein, K. (2002) *Trastornos de Personalidad en niños y adolescentes*. México: Manual Moderno.
- Lacan, J. (1984) *Las Psicosis. Libro 3, Lacan El Seminario*. Argentina: Paidós
- Laplanche, J. & Pontalis, J. (1996) *Diccionario de Psicoanálisis*. Francia: Paidós.

- Mahler, M; Pine, F; Bergman, A. (1975). *El nacimiento psicológico del infante humano*. México: Enlace Editorial.
 - Mc.Carthy, J. (2015). *Psychosis in Childhood and Adolescence*. Reino Unido: Routledge.
 - Muuss, R.E. (1995). *Teorías de la Adolescencia*. México: Paidós.
 - Nicoló, A. *Descompensación psicótica en la adolescencia*, Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente. Noviembre 2009, nº14. España.
 - Rice, F. (1997). *Desarrollo Humano. Estudio del ciclo vital*. México: Prentice Hall.
 - Sociedad Mexicana de Psicología (1985) *Código ético del psicólogo*. México: Trillas.
 - Spitz, R.A. (1965). *El primer año de vida: un estudio psicoanalítico de desarrollo normal y anormal de relaciones de objeto*. Nueva York: Prensa de Universidades Internacional
 - Winnicott, D. (1965), *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Argentina: Paidós.
-