

Universidad Nacional Autónoma de México
PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIZACIONES EN PSICOLOGÍA

Análisis de la función materna en la constitución subjetiva de una paciente con
funcionamiento límite. Un estudio de caso.

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN INTERVENCIÓN
CLÍNICA EN ADULTOS Y GRUPOS

PRESENTA:

Mariana Ortega Arbesu

DIRECTORA: Mtra. Beatriz Macouzet Menéndez
Facultad de Psicología, UNAM

Comité:

Asesor adjunto: Mtra. Iliana Berenice González Huerta
Facultad de Psicología, UNAM

Asesor externo: Mtro. Salvador Chavarría Luna
Facultad de Psicología, UNAM

Jurado A: Mtra. Angelina Guerrero Luna
Facultad de Psicología, UNAM

Jurado B: Mtro. David Márquez Verduzco
Facultad de Psicología, UNAM



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.

ÍNDICE

Resumen	3
Abstract	4
INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO 1: Psicoterapia y psicoanálisis	8
¿Qué es la psicoterapia?	8
Antecedentes de la psicoterapia	8
Desarrollo del psicoanálisis freudiano	10
Conceptos psicoanalíticos	12
Psicoterapia psicoanalítica	18
Terapia breve	22
Capítulo 2: Constitución subjetiva: una aproximación a los postulados de Donald Winnicott	25
Madre de devoción corriente	27
Teoría de la relación paterno-filial	28
Madre suficientemente buena	29
Miedo al derrumbe	30
Objeto transicional	32
Capítulo 3: Organizaciones psíquicas: neurosis, psicosis, perversión y organización límite.	36
Organizaciones psíquicas	36
Neurosis	37
Psicosis	40
Perversión	42
Organización limítrofe o borderline	44
Capítulo 4: Método	50
Planteamiento del problema	50
Hipótesis diagnóstica	51
Definición de categorías	51
Objetivo general	54
Objetivos específicos	54
Tipo de estudio	55
Técnicas empleadas	55
Escenario	56
Participante	56
Procedimiento	56
Capítulo 5: Presentación del caso	59
Historia clínica	59

Formulación del caso	71
Análisis de categorías y referencias empíricas	75
Función materna	75
Organización límite	80
Miedo al derrumbe	86
Resultados y conclusión	89
Análisis transferencial y contratransferencial	95
Referencias	100

Resumen

En el siguiente trabajo se habla de la importancia que tiene la función materna durante los primeros momentos de la vida. Se analiza, desde una perspectiva psicoanalítica winnicottiana, el impacto que las fallas prematuras y constantes del ambiente, tienen en la constitución subjetiva, específicamente en el establecimiento de la organización límite. Se retoma la importancia del estudio de este tipo de funcionamiento psíquico, al ser uno de los más comunes en la actualidad, y se hace un recorrido teórico retomando postulados psicoanalíticos relacionados con la puesta en vida del aparato psíquico. La participante es una mujer de 37 años que solicitó atención psicológica en un centro comunitario de la Ciudad de México. Para responder a la pregunta de investigación, se recurrió al método denominado *estudio de caso*, que forma parte del paradigma cualitativo. Así mismo se eligieron tres categorías y se hizo un análisis de contenido de las sesiones psicoterapéuticas. Se encontró que las fallas constantes y prematuras del ambiente, durante los primeros años de vida, interfieren con el desarrollo psíquico del sujeto y están relacionadas con el establecimiento de mecanismos de defensa primitivos, perturbaciones en el sentimiento de identidad y sensaciones importantes de displacer como las agonías primitivas.

Palabras clave: función materna, madre suficientemente buena, organización límite, miedo al derrumbe.

Abstract

This work shows the importance of maternal function during the first moments of life. It analyzes, from a psychoanalytic perspective, the impact that premature and constant failures of the environment have on the subjective constitution, specifically on the establishment of the borderline psychic organization. The importance of studying this type of psychic functioning, relies on the fact that it's considered as one of the most common mental health problems nowadays. A theoretical review is made, considering psychoanalytic concepts related to the development of psychic life. The participant is a 37-year-old woman who requested psychological support at a community center in Mexico City. A case study approach was used in order to answer the research question. Likewise, three categories were chosen and a content analysis of the psychotherapeutic sessions was made in order to find that the constant and premature failures of the environment, during the first years of life, interfere with the psychic development and are also related to the establishment of primitive defense mechanisms, disturbances in the sense of identity, and important feelings of displeasure such as primitive agonies.

Key words: maternal function, good enough mother, borderline organization, fear of breakdown.

INTRODUCCIÓN

El psicoanálisis se caracteriza por ser una disciplina interesada en la particularidad de los sujetos. Cada historia, cada discurso y cada síntoma son singulares y diferencian a una persona de cualquier otra. Lo que es un hecho es que estamos atravesados por la sociedad y la cultura que nos rodea. Herencia a la que accedemos a través del ambiente y de lo que el otro pulsa en cada uno de nosotros.

El psicoanálisis surge hace más de un siglo, como respuesta a interrogantes que Freud tenía con respecto a pacientes que presentaban síntomas físicos, pero que no tenían una etiología orgánica clara. El interés que el padre del psicoanálisis puso en el discurso de estos pacientes, posibilitó la comprensión de lo que ahora conocemos como histeria, y abrió el camino para lo que hoy en día sigue siendo una de las alternativas terapéuticas para el tratamiento de perturbaciones mentales.

Las aportaciones teóricas de psicoanalistas posfreudianos como Melanie Klein, Donald Winnicott y Piera Aulagnier, por mencionar sólo a algunos, han permitido comprender y trabajar con pacientes no neuróticos (fronterizos, perversos, psicósomáticos y psicóticos) que antes eran considerados inanalizables. Además de esto, la escucha que los psicoterapeutas brindan a este tipo de pacientes, también se ha enriquecido con dichas contribuciones.

La estructura y el lazo social han cambiado mucho en los últimos cien años, y por ende, también aquello que aqueja a los pacientes que visitan los consultorios en busca de respuestas. Green (1990) hace una observación interesante al plantear que los pacientes con organización límite, son tan comunes en la clínica actual, como la organización histérica lo fue en tiempos freudianos.

Lerner y Sternbach (2007) concuerdan con Green y añaden que el marco social y cultural en el que estamos inmersos en la actualidad, dista completamente del que tuvo lugar un siglo atrás. Señalan que hace cien años existía una estabilidad en planos como el familiar, y que la mirada clínica se dirigía a lo que sucedía en la familia (Complejo de Edipo, sexualidad infantil, histeria).

Plantean que, actualmente, las ausencias son lo que nos atraviesa como sociedad y que el resultado de esto son las denominadas *patologías actuales*, ligadas a problemáticas narcisistas. La organización límite, tema central de este trabajo, está dentro de la clasificación mencionada anteriormente.

Hoy es habitual escuchar que se dejó de lado el discurso de las profundidades y ocupa su lugar el de las superficies. Que el sujeto alienado, víctima de la represión, fue cediendo lugar al sujeto fragmentado, asociado más a la idea de escisión (Lerner y Sternbach, 2007: 11-12).

En relación con lo anterior, Fernández (2015) analiza cómo la sociedad actual ha reducido el lugar del sujeto a algo efímero e intercambiable. Señala que en la visión política neoliberal, el sujeto es solamente vocero (voz cero) del poder. “La homogenización le es exigida como condición necesaria para reducirlo a recurso, a capital; a una función en el orden de la orden, en la edificación de una subjetividad homogénea que finalmente, no tiene sujeto.” (Taller de investigaciones psicoanalíticas A.C., 2015, 17m45s).

Dicho lo anterior, es posible afirmar que el trabajo de investigación que se presenta a continuación, analiza una temática importante y actual en lo que a salud mental se refiere. Pretende contribuir a la comprensión de la etiología de la organización límite, a partir del análisis del papel que la función materna tiene en la constitución psíquica de un sujeto: particularmente, una mujer que acudió a solicitar atención psicológica a un centro comunitario de la Ciudad de México. Para lograrlo, se responderá a lo largo de esta tesis, la siguiente pregunta de investigación:

¿De qué forma impactan las fallas de la función materna en el funcionamiento psíquico de una mujer de 38 años que solicita apoyo psicológico?

Además de esta introducción y del capítulo que contiene los resultados y la conclusión del trabajo, el documento está compuesto por un marco teórico dividido en tres capítulos: el primero comprende un recorrido teórico y técnico por la psicoterapia y el psicoanálisis; el segundo hace una pequeña síntesis de algunos de los postulados de Malanie Klein, para posteriormente desarrollar los planteamientos de Donald Winnicott con respecto a la función del otro en la constitución subjetiva. El tercer capítulo despliega la etiología de las principales organizaciones psíquicas (haciendo énfasis en la organización límite), de acuerdo con la postura psicodinámica.

Después, se encuentra el apartado del método de esta investigación, en el que se incluye el planteamiento del problema, la pregunta de investigación, la hipótesis diagnóstica, el objetivo general y los específicos, el tipo de estudio, las técnicas empleadas, el escenario en el que se llevó a cabo la intervención psicoterapéutica, la participante y el procedimiento que tuvo lugar.

Posteriormente se hace la presentación del caso de A. Se incluye su historia clínica y la formulación del caso, donde se explica el diagnóstico de la paciente, los aspectos etiopatogénicos del caso, los aspectos terapéuticos y la evolución de A. durante el tratamiento.

Finalmente se hace un análisis por categorías (función materna, organización límite y miedo al derrumbe), mismo que se sustenta con las evidencias empíricas obtenidas en las sesiones psicoterapéuticas con la paciente.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1: Psicoterapia y psicoanálisis

¿Qué es la psicoterapia?

Feixas y Miró (1993) aseguran que existen muchas definiciones de psicoterapia, pero en síntesis todas coinciden en que es un tratamiento que se da en el contexto de una relación profesional, en la cual el terapeuta utiliza medios psicológicos con el objetivo de ayudar al doliente a resolver problemas humanos.

Por otro lado, Coderch (1990) define la psicoterapia como un tratamiento de naturaleza psicológica que se da entre un profesional especialista y una persona que busca ayuda debido a perturbaciones emocionales; que se lleva a cabo a partir de una metodología sistematizada basada en fundamentos teóricos y que busca eliminar o disminuir el sufrimiento y los trastornos de comportamiento, a través de la relación interpersonal entre terapeuta y paciente.

El autor considera que un aspecto fundamental de la psicoterapia es que el factor curativo tiene que ver con la relación psicológica entre psicoterapeuta y paciente. Sin embargo, especifica que esta relación por sí sola no disminuye y/o elimina el sufrimiento y los trastornos del comportamiento en los pacientes, pues sería limitar el trabajo terapéutico a una consejería, a una orientación, o al apoyo que pudiera brindarle alguien cercano al doliente. La psicoterapia privilegia el vínculo entre paciente y terapeuta, el cual se encuentra sujeto a postulados teóricos y a pautas técnicas.

Así mismo, Coderch (1990) plantea que la noción de conflicto intrapsíquico es otro de los pilares de la psicoterapia, pues señala que si el sufrimiento expresado por el paciente fuera resultado únicamente de elementos externos, no se podría hablar de psicoterapia.

Antecedentes de la psicoterapia

De acuerdo con Feixas y Miró (1993) la psicoterapia surge como parte de los recursos con los que contaba el ser humano para afrontar situaciones vitales

recurrentes. Señalan que tiene sus antecedentes en saberes como la magia, la medicina, la filosofía y la religión.

Los autores hacen un recorrido a través de los principales antecedentes históricos de la psicoterapia y las diferentes concepciones que han existido acerca de lo que hoy se conoce como enfermedad mental. Explican que en las sociedades tribales existía la creencia del alma como algo diferente del cuerpo, misma que podía ser poseída por un ser externo, dando como resultado lo que hoy conocemos como enfermedad mental.

Así mismo, Feixas y Miró (1993) sitúan los antecedentes de la psicoterapia en Grecia con la transición al pensamiento racional, la filosofía y la medicina. Nos recuerdan que Aristóteles postuló que la naturaleza del ser humano era ser racional y que Hipócrates atribuyó la enfermedad a estados internos del cuerpo. Este último postuló la existencia de cuatro “humores” asociados a temperamentos específicos, asegurando que el desequilibrio en los mismos era el responsable de la enfermedad.

Feixas y Miró (1993) continúan y plantean que en la Edad Media, vuelve la idea de la enfermedad mental como resultado de una posesión, pues si Dios había creado al hombre a su imagen y semejanza, la explicación para una conducta alejada de una esencia cuasidivina, sólo podía asociarse con una presencia demoníaca. Así mismo señalan dos aspectos relevantes que se dan en esta época: la instauración de la confesión como una manera de comunicarse con Dios, y los recursos para evitar el pecado cultivados en las órdenes religiosas.

Posteriormente, afirman que con la llegada del Renacimiento, diversos médicos comenzaron a entender la enfermedad mental como un producción humana, distinguiéndola de la posesión diabólica; se fundó el primer manicomio, comenzó la especulación acerca del carácter hereditario y las causas de la enfermedad mental, se publicaron los primeros tratados de neuropatología, surgió el tratamiento moral...

Finalmente, Feixas y Miró (1993) señalan que la psicoterapia, en sentido estricto, aparece en el último cuarto de 1800. Durante este tiempo la medicina reconoce la

naturaleza psicogénica de la neurosis. En un inicio, la psicoterapia se desenvuelve al margen de la medicina, a pesar de que algunos médicos sí se preocupaban por la influencia de la mente sobre el cuerpo.

Los autores aseguran que la culminación del proceso de desarrollo de la psicoterapia tuvo lugar con la constitución del psicoanálisis.

Desarrollo del psicoanálisis freudiano

Greenson (1976) explica que los métodos terapéuticos empleados a finales de 1800, (momento histórico en el que Freud comenzó a desarrollar la teoría psicoanalítica) eran la estimulación eléctrica, la hidroterapia y los masajes, entre otros.

Perrés (1998) especifica que en esa misma época (1886-1887), los tratamientos que existían para la enfermedad mental se dividían en dos: físicos y morales. Los primeros consistían en sesiones de electroterapia, hidroterapia y el uso de diferentes sustancias farmacológicas; los segundos buscaban aislar al paciente de su medio familiar y tenerlo en reposo absoluto para que el médico pudiera persuadirlo y llevarlo a los “caminos de la razón” a través de la técnica de manipulación psicológica.

Greenson (1976) afirma que como Freud había estudiado hipnosis con Charcot, decidió emplearla con los pacientes al ver que las prácticas utilizadas por sus colegas no tenían los resultados que él esperaba.

Perrés (1998) señala que entre los años 1887 y 1889, el método que Freud utilizaba con los pacientes que atendía era el de la sugestión hipnótica. En esta misma época, el padre del psicoanálisis comenzó a desarrollar la teoría del trauma, primera aproximación que tiempo después culminaría en el método psicoanalítico.

Para Freud (1893/2008), el trauma psíquico era el causante de la enfermedad. Se centró en el estudio de los síntomas histéricos y afirmaba que éstos desaparecían una vez que el paciente lograba recordar la situación traumática y el afecto que la había acompañado, dando especial importancia a la expresión verbal de lo afectivo.

El autor sostenía en esta época que la descarga de los afectos le restaba fuerza al recuerdo patógeno y así era como los síntomas se atenuaban.

Perrés (1998) dice que, después de la sugestión hipnótica, Freud comenzó a usar el método hipnótico-catártico entre 1889 y 1892, aunque tenía pacientes con los que había abandonado por completo la hipnosis y se centraba únicamente en el factor catártico del tratamiento.

Freud (1904 [1903]/2008) explica que el psicoanálisis proviene del método catártico, el cual utilizaba la hipnosis para que el paciente pudiera hacer conscientes los recuerdos que se relacionaban con el síntoma, pues en un inicio se pensaba que la aparición del síntoma reemplazaba procesos psíquicos sofocados que no podían llegar a la conciencia. Sin embargo, con el paso del tiempo, el autor observó que en el origen del síntoma participaban no una, sino una serie de impresiones traumáticas, que con el uso de la hipnosis era difícil abarcar.

Perrés (1998), delimita el periodo entre 1892 y 1898 como el nacimiento del psicoanálisis. Califica esta etapa como una de las más complejas debido a que Freud comenzó a tomar su propio rumbo en la clínica y desarrolló, a partir del mismo, nuevas teorizaciones. Durante este periodo, el padre del psicoanálisis pasó de la teoría del trauma, explicada brevemente en párrafos anteriores, a la de la seducción y finalmente llegó al descubrimiento de la fantasía como expresión de una realidad psíquica diferente de la realidad material.

De acuerdo con Laplanche y Pontalis (1996), la teoría de la seducción fue elaborada por Freud entre 1895 y 1897. En ésta el autor basaba su explicación de la etiología de las neurosis en escenas sexuales vividas de una manera pasiva en la infancia de los sujetos, pues los pacientes con los que trabajaba recordaban experiencias de seducción sexual vividas en etapas tempranas de su vida, en las que la iniciativa correspondía a otra persona y dicha situación era experimentada por el sufriente de manera pasiva.

Laplanche y Pontalis (1996) especifican que el hecho de que la escena de seducción fuera experimentada de manera pasiva, no sólo se refiere a la reacción

conductual del niño con respecto al comportamiento del otro, sino a la incapacidad de elaborar representaciones sexuales derivadas de dicha situación.

Laplanche y Pontalis (1996) explican que en 1898 Freud abandonó la convicción de que las escenas patógenas relatadas por sus pacientes fueran reales y descubrió que la realidad material de las mismas, no era tal, sino que más bien se trataba de una realidad psíquica.

Perrés (1998) afirma que a partir de 1898, inicia el periodo en el cual se constituyó el método psicoanalítico, y con éste, el dispositivo analítico que sigue usándose actualmente.

Conceptos psicoanalíticos

Asociación libre

La asociación libre es el único método que posibilita y fundamenta la situación analítica, motivo por el cual, Perrés (1998) asegura mantiene su vigencia después de tantos años. El autor explica que las diferentes modalidades y variantes técnicas introducidas por discípulos directos de Freud y por escuelas posfreudianas, han tenido sentido dentro del método de asociación libre.

Freud (1900[1899]/2008) plantea una de las primeras descripciones del método de asociación libre:

Para que pueda observarse mejor a sí mismo con atención reconcentrada es ventajoso que [el paciente] adopte una posición de reposo y cierre los ojos; debe ordenársele expresamente que renuncie a la crítica de las formaciones de pensamiento percibidas. Entonces se le dice que el éxito del psicoanálisis depende de que tome nota de todo cuanto le pase por la cabeza y lo comunique, y que no se deje llevar, por ejemplo, a sofocar una ocurrencia por considerarla sin importancia o que no viene al caso, u otra por parecer disparatada. Debe conducirse con sus ocurrencias de manera totalmente neutral; es que cada crítica es culpable de que él no haya podido descubrir ya la resolución buscada del sueño, de la idea obsesiva, etcétera (p. 122-123).

Perrés (1998) asegura que en 1903 el método psicoanalítico ya se habría formulado de manera definitiva. Las modificaciones que surgieron después de ese año en relación a la forma de escuchar y de intervención por parte del analista, tuvieron que ver con los descubrimientos teóricos que Freud fue efectuando, como es el caso de la transferencia.

Transferencia

El concepto de transferencia fue uno de los descubrimientos medulares de la teorización freudiana. La comprensión y el uso de la misma para la cura, es un elemento que caracteriza a la técnica psicoanalítica.

De acuerdo con Coderch (1990) el método psicoanalítico consiste en establecer una relación entre analista y paciente que permita el desarrollo y la comprensión de esta. El fenómeno que surge en ella es la transferencia, misma que es una regresión. Gracias a que el método psicoanalítico favorece la regresión, cualquier elemento perteneciente a una relación objetal primitiva, experimenta una reactivación y se muestra con toda su fuerza en la figura del analista.

De acuerdo con Sandler, Dare y Holder (1972), Freud fue el primero en utilizar el término de transferencia. Observó que ocurrían cambios en la actitud de los pacientes hacia el médico en el transcurso del tratamiento, dichos cambios incluían componentes emocionales intensos que en ocasiones obstaculizaban el trabajo analítico.

Los autores aseguran que Freud concibió la transferencia como un desplazamiento de la libido de un objeto del pasado infantil hacia la persona del analista, quien llegaba a ser un nuevo objeto de los deseos sexuales del paciente.

Freud (1912/2008) explica que la transferencia son nuevas ediciones de los impulsos y fantasías, los cuales se caracterizan por el hecho de reemplazar a una persona anterior por la persona del médico. En otras palabras, es revivir una serie de estados psicológicos pertenecientes al pasado.

Grinberg (1981) plantea que en el dispositivo analítico el paciente re-escenifica su conflicto psíquico y de esta manera posiciona al analista en un rol determinado. Es así como el sujeto proyecta hacia el mundo externo los objetos internalizados y es función del analista interpretar el tipo de relación establecida.

Para Greenson (1976), la transferencia tiene dos características, la repetición y el hecho de ser inapropiada. Por inapropiada se refiere al contexto actual ya que, en la situación del pasado, esa misma reacción fue justificada

La repetición a veces es una duplicación exacta del pasado, una réplica, una vivencia, o tal vez sea una reedición, una versión modificada, una representación deformada del pasado. Si en el comportamiento de transferencia se trasluce una modificación del pasado, suele ser en el sentido de satisfacer un deseo (Greenson, 1976, p. 160).

En palabras de Freud (1912/2008):

Todo ser humano, por efecto conjugado de sus disposiciones innatas y de los influjos que recibe en su infancia, adquiere una especificidad determinada para el ejercicio de su vida amorosa, o sea, para las condiciones de amor que establecerá y las pulsiones que satisfará, así como para las metas que habrá que fijarse (p. 97).

La transferencia se compone de elementos conscientes e inconscientes. Freud (1912/2008) plantea dos puntos importantes que tienen que tomarse en cuenta al trabajar con ella. El primero se refiere a que la transferencia en el análisis no debe presentarse más intensa que fuera de él; el segundo es el hecho de considerarla como la más fuerte resistencia al tratamiento, pues al momento de reanimar los imagos infantiles, la regresión de la libido aumenta la porción de ésta inmersa en el inconsciente:

Así, en la cura analítica la transferencia se nos aparece siempre, en un primer momento, sólo como el arma más poderosa de la resistencia, y tenemos

derecho a concluir que la intensidad y tenacidad de aquella son un efecto y una expresión de esta (Freud, 1912/2008, p.102).

Es bien sabido que la herramienta por excelencia en la clínica psicoanalítica es la interpretación de la transferencia. Freud (1912/2008) asegura que, con ésta, los complejos inconscientes se vuelven conscientes y así, se ponen al servicio de la realidad objetiva.

De acuerdo con Greenson (1976) las reacciones emocionales intensas hacia el analista indican transferencia. Sin embargo, el autor explica que es necesario tomar en cuenta que en ocasiones el comportamiento del analista justifica la reacción del paciente, aunque cualquier reacción exagerada es conveniente analizarla.

A pesar de la afirmación anterior, existen autores como Coderch (1990) que aseguran que todo lo que el paciente hace o dice durante la sesión, debe ser considerado transferencia.

Freud (1912/2008) afirma que para comprender la dinámica transferencial en el tratamiento, es indispensable distinguir entre transferencia positiva y negativa. La primera se considera como parte indispensable del éxito terapéutico y se refiere a los sentimientos amistosos o tiernos del paciente hacia el médico que remontan a fuentes eróticas. La transferencia negativa tiene que ver con sentimientos hostiles que resultan en una resistencia para el tratamiento, por lo que la tarea del analista será hacer conscientes las mociones pulsionales que la provocan.

El autor explica que la distinción entre transferencia positiva y negativa no implica que ambas no puedan presentarse al mismo tiempo y recaer sobre una misma persona; de hecho, señala que la ambivalencia de la transferencia es esperada hasta cierto punto en la neurosis.

Coderch (1990) retoma lo anterior y explica que en la transferencia el paciente se resiste a hacer consciente sus conflictos inconscientes y, como consecuencia, los reproduce en la persona del médico. Asegura que sólo a través del análisis y la

comprensión de la reproducción en el aquí y en el ahora del conflicto infantil, se logra la elaboración del mismo.

Coderch (1990) plantea dos tipos especiales de transferencia, especiales por su nivel de dificultad en el momento del manejo por parte del terapeuta. Estas son la transferencia erotizada y la transferencia psicótica. En la primera, explica que el paciente cree que el analista es realmente el objeto primitivo, por lo que espera que sus demandas eróticas sean satisfechas de manera inmediata por el terapeuta. Lo anterior denota problemas importantes en relación con el sentido de realidad del sujeto y es indicativo de posibles núcleos psicóticos.

En lo referente a la transferencia psicótica, Searles (citado en Coderch, 1990) describe cuatro tipos de la misma: en el primero el terapeuta siente como si el paciente se relacionara con él, como si se tratara de cualquier cosa o animal no humano; en el segundo el terapeuta siente que el paciente se relaciona con él pero de manera sumamente ambivalente, equivalente a la etapa simbiótica entre el bebé y la madre; en el tercer tipo de transferencia psicótica, existe un esfuerzo por parte del paciente por complementar la personalidad del terapeuta; en el cuarto tipo, el paciente trata de que el terapeuta piense por él y al mismo tiempo intenta desvincularse de manera sádica y castrante.

Contratransferencia

Laplanche y Pontalis (1996) aseguran que la contratransferencia se refiere al conjunto de reacciones inconscientes que el analista tiene frente al analizado, especialmente a la transferencia de éste.

Racker (1990) por su parte, señala que para toda acción transferencial existe una reacción contratransferencial de igual magnitud e intensidad.

Laplanche y Pontalis (1996) distinguen tres orientaciones desde el punto de vista técnico de la contratransferencia:

1. Reducir lo más posible las manifestaciones contratransferenciales a partir del análisis personal del analista, con el objetivo de que la situación analítica

funja como una superficie proyectiva en la que sólo tenga cabida la transferencia del paciente,

2. Utilizar la contratransferencia de manera controlada dentro del trabajo analítico, haciendo uso del inconsciente del analista como instrumento para interpretar el inconsciente del analizante,
3. Guiarse por las reacciones contratransferenciales para hacer las interpretaciones propias del trabajo analítico.

Winnicott (1979) por su parte plantea tres calificaciones para los fenómenos de la contratransferencia:

1. Anormalidades en los sentimientos de contratransferencia. Incluye las identificaciones y relaciones que se hallan bajo la represión del analista,
2. Las tendencias e identificaciones correspondientes a las experiencias y al desarrollo personal del analista que aportan el marco para su labor y que diferencian su trabajo del de cualquier otro,
3. La contratransferencia verdaderamente objetiva, es decir, el amor y el odio que el analista siente como reacción ante la personalidad y el comportamiento del paciente. Este tipo de contratransferencia se basa en la observación objetiva.

Racker (1990) señala que el analista debe ser objeto de los impulsos del paciente y lograr identificarse en parte con el objeto proyectado en él, sin embargo es importante que mantenga una posición profesional y real que favorezca el trabajo analítico.

Con relación a lo anterior, Winnicott (1979) habla acerca de la importancia de que el analista sea objetivo con respecto a los sentimientos que tiene hacia el paciente; refiriéndose a la necesidad del primero de estar consciente de las reacciones emocionales que tiene con respecto al comportamiento de su paciente.

Lo anterior es de suma importancia, pues el autor plantea que todos los sentimientos que el analista llegue a tener con respecto a su paciente serán herramientas importantes dentro del trabajo analítico.

Represión

Otro de los descubrimientos que fungió como pilar para la teoría psicoanalítica propuesta por Freud fue el de la represión, pues a partir de ésta se fundó la premisa de la existencia del inconsciente.

Freud (1923/2008) asegura que existe una fuerza que imposibilita que ciertas representaciones sean conscientes. Explica que en la clínica psicoanalítica es posible anular dicha fuerza y llevar estas representaciones a la conciencia:

Llamamos represión {esfuerzo de desalojo} al estado en que ellas se encontraban antes de que se las hiciera conscientes, y aseveramos que en el curso del trabajo psicoanalítico sentimos como resistencia la fuerza que produjo y mantuvo la represión (p. 16).

A partir de la doctrina de la represión, Freud (1923/2008) plantea el consciente (cc), el preconscious (prcc) y el inconsciente (icc); así mismo asegura que existen dos clases de icc: lo latente que es susceptible de conciencia (prcc) y lo reprimido (icc) que no es susceptible a la conciencia.

De igual forma, el autor asegura que una representación no permanece de manera duradera en la conciencia, sino que lo común es que el estado de la conciencia pase con rapidez y que una vez que la representación haya pasado el estado consciente, sólo pueda regresar al mismo bajo ciertas condiciones.

Después de este breve recorrido por los fundamentos teóricos básicos de la doctrina psicoanalítica, se desarrollará una modalidad muy común de intervención psicoanalítica: la psicoterapia psicoanalítica.

Psicoterapia psicoanalítica

A partir del método psicoanalítico se ha logrado comprender la forma en la que se producen las alteraciones en el funcionamiento psíquico; lo que busca el tratamiento psicoanalítico es develar el significado inconsciente de las mismas.

Coderch (1990) plantea que el psicoanálisis no puede usarse en un gran número de pacientes, debido a que es un proceso largo que implica un esfuerzo considerable tanto para el analista como para el analizante; además de que requiere un elevado grado de trabajo y comprensión que no todos los pacientes tienen.

Es por esto por lo que plantea que la psicoterapia psicoanalítica (p.p.) es una buena opción para trabajar con personas que por alguna razón no son susceptibles a un tratamiento psicoanalítico, o que debido a su contexto no pueden acceder a éste. Toma las ideas acerca del desarrollo y funcionamiento psíquico, las hipótesis de trabajo y la metodología propia del psicoanálisis, con ciertas modificaciones, y las aplica para prestar ayuda a sujetos que sufren alteraciones en el comportamiento, que poseen síntomas neuróticos o psicóticos que les generan malestar, que tienen dificultad de adaptarse a su realidad y/o la necesidad de encontrar solución a problemas de la realidad externa, entre otras problemáticas.

En resumen, la psicoterapia psicoanalítica se basa en los fundamentos teóricos y metodológicos del psicoanálisis, pero la aplicación práctica de los mismos no está sujeta a normas rígidas como en el caso del psicoanálisis tradicional. De acuerdo con Coderch (1990) la p.p. utiliza los principios básicos del psicoanálisis para establecer una relación terapéutica con un sujeto que padece alteraciones emocionales que afectan de alguna u otra forma su vida, además de ser considerada una más entre las muchas aplicaciones del psicoanálisis.

La práctica de la psicoterapia psicoanalítica es una continua aplicación, en la relación con el paciente, de aquello que sabemos acerca de los procesos psíquicos y de la interacción humana gracias al psicoanálisis (Coderch, 1990, p. 16).

Coderch (1990) asegura que un aspecto fundamental de la psicoterapia en general es que el factor curativo tiene que ver con la relación psicológica entre psicoterapeuta y paciente. La psicoterapia privilegia el vínculo entre paciente y terapeuta, el cual se encuentra sujeto a postulados teóricos y a pautas técnicas.

El autor nos recuerda que además de la relación interpersonal entre paciente y terapeuta, otro aspecto que distingue a la psicoterapia es la noción de un conflicto

intrapsíquico que debe ser resuelto. Si el sufrimiento expresado por el paciente fuera resultado únicamente de elementos externos no se podría hablar de psicoterapia, sino que se hablaría de un asesoramiento u orientación, las cuales buscan encaminar al paciente hacia las actitudes psicológicas que se consideren más favorables para el decurso de la problemática presentada.

Coderch (1990) hace una distinción entre psicoterapias de apoyo y psicoterapia psicoanalítica. Asegura que las primeras pretenden reforzar las defensas contra el conflicto, mientras que la psicoterapia psicoanalítica analiza las mismas para que la fuerza psíquica pueda ser puesta al servicio del yo.

A partir de lo anterior, el autor plantea que la psicoterapia psicoanalítica es aquella que se fundamenta tanto teórica como técnicamente en el psicoanálisis; que parte del supuesto de la existencia de un conflicto intrapsíquico que permanece inconsciente para el paciente y que tiene como finalidad solucionar, de manera parcial o total, dicho conflicto a través de la relación interpersonal entre terapeuta y paciente.

Con el objetivo de especificar aún más la diferencia entre psicoterapias de apoyo y psicoterapia psicoanalítica, Coderch (1990) explica que existen seis instrumentos técnicos en psicoterapia y los divide en dos grupos: el primero incluye las técnicas de sugestión, abreacción y aconsejamiento pertenecientes a las psicoterapias de apoyo; mientras que el segundo grupo se compone de confrontación, clarificación e interpretación, técnicas utilizadas en p.p.

A continuación se hará un breve resumen de cada uno de los instrumentos técnicos planteados por Coderch (1990), con el fin de clarificar la división que éste propone.

1. Sugestión: procedimiento técnico que utiliza el prestigio y la autoridad que tiene el terapeuta con el fin de producir o desaparecer en el paciente determinadas ideas, impulsos y formas de comportamiento de manera directa.

2. Abreacción: técnica que busca facilitar la descarga emocional de los afectos en el paciente a partir de la verbalización de eventos ligados a los mismos. A través de la puesta en palabra de sentimientos, pensamientos, fantasías, etc. el paciente siente alivio y puede lograr ver la problemática de una manera distinta, además de tolerar la expresión afectiva sin que se produzcan niveles de ansiedad perturbadores.
3. Aconsejamiento: cuando el terapeuta da indicaciones acerca de comportamientos, alternativas y/o pasos a seguir. Está relacionado con la sugestión.
4. Confrontación: es una técnica que se utiliza con diferentes objetivos, por ejemplo cuando el terapeuta busca dirigir la atención del paciente a situaciones, conflictos o alternativas que éste no logra identificar o que pasa por alto rápidamente. También se emplea cuando se pretende focalizar la conciencia del paciente para lograr que reflexione acerca de situaciones importantes, para mostrarle contradicciones y, sirve para enseñarle al paciente a trabajar en psicoterapia, pues le permite esforzarse para lograr un mayor conocimiento de sí mismo. En psicoterapia psicoanalítica, esta técnica es auxiliar para la clarificación y la interpretación. El terapeuta no pretende llevar al paciente a descubrir algo inconsciente, sin embargo esta técnica es un paso de transición para llegar a la interpretación.
5. Clarificación: el terapeuta comunica al paciente con palabras comprensibles y dejando de lado elementos periféricos, situaciones que el paciente no logra identificar de sí mismo a nivel consciente y preconsciente, permitiendo que el sujeto tenga un mayor conocimiento de sus sentimientos, su manera de comportarse y de relacionarse con los otros y consigo mismo. Busca obtener una mejor comprensión de la organización de la personalidad del paciente y permitirle reflexionar acerca de sus conflictos y dificultades desde una perspectiva más clara.
6. Interpretación: es un instrumento específico de la psicoterapia psicoanalítica. Recordemos que el objetivo de este tipo de abordajes terapéuticos es poner

al descubierto, ante el paciente, los procesos psíquicos inconscientes que éste sólo conocía por los síntomas y dificultades personales derivadas de los mismos. En la interpretación, el terapeuta parte de lo comunicado por el paciente e intenta explicar la verdadera causa de aquello que aqueja al sujeto y es el verdadero motor de su comportamiento y sus dificultades. Al conocimiento de los procesos psíquicos propios obtenido de la interpretación se le conoce como *insight*.

Como se mencionó anteriormente, la psicoterapia psicoanalítica es una opción de abordaje que ofrece el sustento teórico psicoanalítico, con técnicas específicas que la hacen accesible a un mayor número de personas. Además de lo anterior existen autores que plantean la posibilidad de un trabajo terapéutico breve que se diferencia de los abordajes terapéuticos convencionales. A continuación se ahondará sobre esta propuesta.

Terapia breve

Braier (1989) plantea tres términos para referirse a la psicoterapia breve. El primero y el más conocido es el de *terapia breve*, mismo que se utiliza para referirse a tratamientos que se distinguen del psicoanálisis tradicional y de otro tipo de terapias. Afirma que el adjetivo breve únicamente tiene sentido para el terapeuta, siempre y cuando se compare con el tratamiento psicoanalítico tradicional que es bastante prolongado, ya que, en muchos casos para el paciente, este tipo de intervenciones no suelen ser consideradas breves.

La segunda denominación que retoma el autor es la de *psicoterapia de tiempo limitado*, la cual retoma la cuestión de la temporalidad del tratamiento. Asegura que en este tipo de modalidad terapéutica es común plantear una fecha de finalización del proceso, generalmente cuando inicia el mismo, aunque no necesariamente es una regla. El tercer término es el de *psicoterapia de objetivos limitados*, el cual es considerado por Braier como el más adecuado debido a que describe uno de los factores esenciales y siempre presente en este tipo de tratamientos.

De acuerdo con Bellak y Small (1980) la psicoterapia breve es un tratamiento que puede ser aplicado a cualquier problema emocional y se caracteriza, como su

nombre lo indica, porque se realiza en un número limitado de sesiones en las cuales se utilizan técnicas específicas para lograr una meta terapéutica. Señalan que para alcanzar el objetivo, el terapeuta debe de ser muy cuidadoso con las intervenciones y no intervenciones que realiza, las cuales deben estar enfocadas a alcanzar el resultado deseado.

Los autores aseguran que la psicoterapia breve, que es cuidadosamente planeada y se basa en la teoría psicoanalítica, puede lograr cambios relativamente extensos y rápidos, que con las circunstancias adecuadas pueden continuar automáticamente una vez que son puestos en marcha, o en el peor de los casos, por lo menos lograr que el cambio inicie.

Bellak y Small (1980) plantean que la terapia breve es una modalidad de tratamiento altamente recomendada sobre todo en ámbitos institucionales de salud pública, debido a que este tipo de intervención busca mejorar los síntomas del paciente y generar cambios en poco tiempo.

Fiorini (2004) asegura que los primeros registros sistemáticos de la experiencia clínica con psicoterapias breves, mostraban la focalización como una de las tareas principales de la sesión, característica esencial en este tipo de abordajes.

Con respecto al concepto de *foco*, Fiorini (2004) señala que el trabajo psicoterapéutico por lo regular y de modo intuitivo, se orienta hacia la delimitación de un punto central en la problemática que presenta el sujeto. Plantea que generalmente el motivo de consulta es el eje organizador del trabajo terapéutico, mismo que puede irse transformando con el paso del tiempo.

Díaz Portillo (2000), menciona que el *foco* es la delimitación de un tema que se extrae del problema general del paciente y/o de los episodios de su vida. Explica que el objetivo de la focalización es resolver los problemas que se consideran predominantes en la vida de la persona. El foco puede entenderse como lo que desea el paciente o la demanda de ayuda que solicita.

Fiorini (2004) señala que de manera común, los pacientes mantienen una focalización natural cuando cuentan con cierta fortaleza en las funciones yóicas, logrando así organizar su relato, seguir una línea directriz y seleccionar recuerdos e imágenes.

El autor asegura que trabajar de manera focalizada requiere asociaciones intencionalmente guiadas, a diferencia del psicoanálisis convencional en donde se privilegia la asociación libre.

Tomando en cuenta lo anterior se eligió como método de intervención para el caso que será analizado en el presente trabajo, una terapia breve de corte psicodinámico. En el apartado de metodología se especificarán los focos de trabajo, así como las herramientas utilizadas a lo largo de la intervención clínica.

Capítulo 2: Constitución subjetiva: una aproximación a los postulados de Donald Winnicott

Las primeras etapas de la vida, posteriores al nacimiento, son primordiales en la constitución del sujeto. La importancia de la función materna es tal, que un fallo en la misma puede tener un pronóstico grave en el niño. Más que hablar del término madre en el sentido biológico, nos referimos a ésta como la función que inviste al bebé libidinalmente, posibilitando así la vida psíquica.

Uno de los autores que más profundiza en el estudio del papel que tienen el ambiente y los cuidados para la puesta en vida del aparato psíquico es Donald Winnicott, autor a partir del cual se analizará el caso que se presenta en este trabajo de investigación.

Pero antes de adentrarnos a su propuesta, retomaremos brevemente algunos de los planteamientos de Melanie Klein, una de las teóricas clave que junto con Winnicott, ayuda a la comprensión de lo importante que es lo pre edípico en la constitución subjetiva.

De acuerdo con Klein (1946), desde que el bebé nace, la ansiedad se hace presente y proviene tanto de fuentes internas (instinto de muerte) como externas. Señala a la experiencia del nacimiento como la primera causa externa de ansiedad y aquella que marca las primeras relaciones del bebé con la vida externa.

Así mismo, la autora afirma que las relaciones de objeto existen desde el comienzo de la vida; siendo el pecho materno el primer objeto con el que el bebé se relaciona, pues durante los primeros meses de vida, el infans aún no logra ver a la madre como un objeto total. El bebé escinde a la madre en un pecho bueno y en otro malo.

El deseo que tiene el bebé de que la gratificación sea ilimitada junto con la ansiedad persecutoria, ocasionan que el infans perciba la existencia de un pecho bueno y otro malo, cada uno separado del otro. El primero es aquel que lo gratifica y nutre, mientras que el pecho malo es el que lo frustra y lo persigue. En esta primera

interacción del bebé, hay pulsiones libidinales y agresivas; la primeras aparecen en los momentos de gratificación y las segundas en los de frustración.

Klein (1946) plantea que la introyección y la proyección juegan un papel capital en los primeros seis meses de vida, y propone la existencia de dos posiciones: la esquizo paranoide y la depresiva. Es importante mencionar que dichas posiciones no tienen puntos fijos o exactos de aparición, sino que fluctúan e interactúan entre sí un tiempo.

Así mismo, la autora explica que durante los primeros tres o cuatro meses de vida, predomina la posición esquizo-paranoide, en la cual encontramos procesos de introyección y proyección que conforman la primera relación de objeto del lactante con el pecho materno (objeto parcial). Las defensas características de esta posición son la escisión del objeto y del yo, la idealización y la negación de la realidad tanto interior como exterior.

Klein (1946) puntualiza que en esta primera posición, el yo se encuentra fragmentado, pues la escisión no es sólo en relación al objeto, sino que el yo mismo está desintegrado. Para que pueda darse el proceso de integración del yo, es necesario que predominen las pulsiones de amor sobre las pulsiones destructivas.

Explica que cuando el yo avanza en su integración, la ansiedad depresiva aumenta en frecuencia y duración y al mismo tiempo, el objeto comienza a verse como algo integrado, pues el concepto de persona única y total se desarrolla en la mente del bebé. En la medida en la que la madre es vista como un objeto total, la posición depresiva hace su aparición (entre los 3 y 6 meses de edad).

Klein (1946) señala que cuando el *infans* se da cuenta de que el objeto al que ama y odia es el mismo, surge la culpa y junto con ella, la necesidad de reparar al objeto amado después de haberlo atacado. La tendencia de reparar deriva del instinto de vida. Durante la posición depresiva aumenta la percepción de la realidad y los objetos pueden percibirse de una manera más realista, por lo que logra adaptarse de mejor manera a la realidad interna y externa.

Lo anterior, es un punto de encuentro entre Kellin y Winnicott, pues ambos autores enfatizan la importancia del cuidado y del amor materno durante los primeros meses de vida, experiencia esencial para que el yo logre constituirse. En relación con lo anterior, Klein (1946) dice que para que el yo pueda integrarse, la presencia de experiencias buenas que ayuden a la cohesión del mismo es indispensable.

Planteado lo anterior, a continuación se presentan algunos de los postulados centrales de la teoría winnicottiana; específicamente la propuesta del autor con relación a la importancia de la presencia de un otro para la puesta en marcha del aparato psíquico.

Madre de devoción corriente

Uno de los aportes más importantes del pensamiento winnicottiano es el papel medular que tiene la función del otro en la estructuración de la vida psíquica. Winnicott (1990) afirma que la integración de la psique con el cuerpo no puede darse sin la participación de un ser humano que sostenga y cuide del bebé; esto es tan importante que una falla puede derivar en una inestabilidad de la estructura de la personalidad.

En el mismo texto, el autor plantea el concepto de madre de devoción corriente, y asegura que la función materna consta de darle sentido a la existencia del bebé (experiencia de ser) y sentar las bases para los procesos madurativos posteriores. Así mismo explica que se refiere al momento en el que la madre es el bebé y el bebé la madre.

Winnicott (1990) plantea el hecho de que la madre, a partir de los recuerdos de los cuidados que recibió cuando era bebé, desarrolla su propia experiencia como madre y es capaz de conocer las necesidades, no sólo biológicas del bebé, sino también aquellas más sutiles que el autor engloba en la palabra *sostén* [*holding*]; refiriéndose a todo lo que la madre es y hace en ese periodo.

Winnicott (1981) señala que el sostenimiento comprende los hechos físicos de cargar y tomar en brazos, además de mostrar el amor que la madre siente por su

bebé. Esto promueve la instauración de las primeras relaciones objetales y experiencias de satisfacción instintiva.

De igual forma, Winnicott (1981) asegura que los primeros meses de vida constituyen una etapa crítica en el desarrollo y son la etapa donde debe existir una fusión entre la madre y su bebé para que ésta logre anticiparse y saber satisfacer las necesidades del pequeño; ya que cuando nacemos nos encontramos en la etapa de dependencia absoluta.

(...) lo esencial es la más simple de todas las experiencias, aquella basada en el contacto en la ausencia de actividad, en la cual existe un espacio para el sentimiento de unidad entre dos personas que en realidad son dos y no una sola. Estas cosas le dan al bebé la oportunidad de ser, a partir de la cual puede surgir a continuación todo lo que tiene que ver con la acción y con la integración. Aquí está la base para lo que gradualmente se convierte, para el niño, en la experiencia de ser (Winnicott, 1990, p. 24).

Winnicott (1990) explica que lo anterior es algo sumamente sutil, pero esencial para que el infante pueda desarrollar la capacidad de sentirse real y así avanzar en sus procesos madurativos.

Así mismo, Winnicott (1990) afirma que en un inicio el bebé depende por completo de lo que la madre le provee, dentro del vientre antes de nacer y con los cuidados después del nacimiento. Sin embargo, señala que el *infans* (que en latín significa el que no habla) es dependiente e independiente a la vez, pues nace con todo lo necesario para desarrollar un proceso madurativo e incluso tendencias patológicas y, por otro lado, necesita de un medio ambiente que le posibilite llevar a cabo los procesos de maduración.

Teoría de la relación paterno-filial

Winnicott (1981) plantea la teoría de la relación paterno-filial, con la cual expone que durante los primeros meses de vida, el niño y el cuidado que le proporciona la madre son una unidad que no puede existir el uno sin el otro; sin embargo comienzan a separarse a medida que el niño va creciendo y la madre regresa a las

actividades previas al nacimiento del bebé. Propone el paso por tres momentos fundamentales en el desarrollo psíquico del niño: dependencia absoluta, dependencia relativa e independencia.

Winnicott (1990) asegura que, en las etapas iniciales de los procesos madurativos, el bebé tiene sus primeras experiencias y necesita que el entorno sea suficientemente bueno para alcanzar los primeros logros dentro de su desarrollo.

Madre suficientemente buena

Con relación a lo anterior, Winnicott (1990) plantea el concepto de *madre suficientemente buena* para referirse a una función materna ideal, con la capacidad de adaptarse a las necesidades del bebé en cada una de las etapas de desarrollo. Explica que, en un inicio, idealmente, el ambiente debe de ser protector y, siendo así, el bebé sólo se percata de la existencia de éste a través de las fallas que la madre llega a tener con relación a la satisfacción de sus necesidades.

Continúa el planteamiento y señala que debido a que la madre no puede solventar de forma ininterrumpida todas las necesidades de su hijo, el bebé comienza a registrar las fallas y ausencias del ambiente protector. El autor resalta que la adaptación al medio incluye necesariamente la posibilidad de la falla, misma que da pie a que el bebé comience a tolerar la ausencia y las frustraciones de manera gradual.

Winnicott (1990) resalta el papel que tienen las fallas maternas como parte del proceso que permite al bebé continuar su desarrollo. Señala que con el tiempo el bebé necesita que la madre comience a fallar, pues continuar experimentando su omnipotencia puede llegar a interferir en el proceso de maduración. Especifica que las fallas maternas deben comenzar a presentarse de manera gradual y no ocupar la mayor parte de las experiencias del bebé, pues en ese caso el proceso de maduración podría verse realmente afectado y derivar en una inestabilidad de la estructura de la personalidad.

Haciendo alusión a lo anterior, Winnicott (1990) asegura que puede existir una falla en la integración, o una desintegración a partir de un estado de integración, lo que

deriva en una de las angustias más básicas de la infancia, la cual sólo puede ser evitada al recibir los cuidados necesarios por parte de un adulto.

Gracias a la existencia de la falla paulatina se rompe la fusión existente entre madre y bebé; a esta etapa Winnicott (1981) la llama dependencia relativa. Durante este periodo el infante comienza a distinguir que su madre es un ser diferente a él y que depende de ella, lo que pone en cuestionamiento su sentimiento de omnipotencia y hace que comience a diferenciar entre el adentro y el afuera.

La tercera etapa propuesta por el autor es el camino hacia la independencia, en donde el niño está capacitado para enfrentarse con el mundo y todas sus complejidades. Así mismo, afirma que la independencia se logra cuando se puede vivir una experiencia personal satisfactoria, al mismo tiempo que se interactúa con los asuntos de la sociedad.

Regresando a los primeros momentos de la constitución subjetiva; Winnicott (1990) propone los conceptos de *holding* y *handling*, refiriéndose con ambos al sostenimiento que la madre brinda al desarrollo físico y psíquico del bebé durante la etapa de dependencia absoluta. Especifica que el primero, el *holding* tiene que ver con el sostenimiento psicológico, mientras que el *handling* incluye la satisfacción de las necesidades fisiológicas y la protección frente a los estímulos displacenteros en las rutinas de cuidado del infante.

De acuerdo con Winnicott (1990) el sostenimiento materno acompaña el proceso de integración del yo del bebé y permite el paso de la dependencia a la independencia. Explica que el proceso de integración comienza desde un estado de no integración, mismo que en caso de no contar con el sostenimiento de un ambiente protector, derivaría en diversos tipos de angustia como la sensación de fragmentarse, caer interminablemente o desvincularse del cuerpo.

Miedo al derrumbe

En relación con lo anterior, Winnicott (1989) propone el miedo al derrumbe, planteamiento que despliega lo que sucede con algunos pacientes no neuróticos cuando por alguna situación, la organización de su *self* unitario se ve amenazada.

Señala que esta experiencia se relaciona con vivencias previas del individuo y con factores ambientales aleatorios.

De acuerdo con Winnicott (1989) el miedo al derrumbe puede entenderse como una falla en la organización de las defensas. Refiere que lo que se derrumba es el *self* unitario del sujeto. Reitera que todo individuo tiene la posibilidad de transitar y alcanzar un proceso de maduración satisfactorio, siempre y cuando exista un ambiente facilitador que le permita llevarlo a cabo y que se adapte a las necesidades cambiantes de cada una de las etapas de desarrollo psíquico.

“El yo organiza defensas contra el derrumbe de la organización *yóica*, que es la amenazada, pero nada puede organizar contra la falla ambiental, en tanto y en cuanto la dependencia es un hecho viviente” (Winnicott, 1989, p. 113).

Para una mejor comprensión de los párrafos anteriores, es importante especificar la diferencia entre los conceptos de *yo* y *self*. Grinberg y Grinberg (1976) señalan que el *yo* se entiende como un conjunto de procesos psicológicos (pensar, recordar, percibir...) que tienen funciones organizativas y de regulación en relación con el *self*. Estos procesos son los que se encargan del desarrollo y planeación de todo lo necesario para lograr la satisfacción de los impulsos internos, y el manejo de las exigencias ambientales.

En el caso del concepto de *self*, los autores lo traducen como “sí mismo” y lo definen como algo intermedio entre los fenómenos intrapsíquicos y la experiencia interpersonal. Mencionan que se refiere a las formas en las que el individuo se percibe, piensa y valora a sí mismo. A la noción de persona total.

Winnicott (1989) diferencia también el *yo* del *self*. Menciona que este último aparece con posterioridad en el proceso madurativo y que su establecimiento es lo que permite el autodescubrimiento y el sentimiento de existencia.

Retomando el postulado del miedo al derrumbe, Winnicott (1989) plantea el concepto de agonías primitivas para explicar la sensación de estos pacientes, pues asegura que el término angustia no es suficiente. Señala que son momentos en los

que se da una inversión del proceso de maduración del individuo donde fallan las defensas.

Expone cinco tipos de agonías primitivas junto con las defensas utilizadas en cada una de ellas:

1. Retorno a un estado de no integración. Defensa: desintegración.
2. Caer para siempre. Defensa: autosostén.
3. Pérdida de la relación psicosomática. Defensa: despersonalización.
4. Pérdida del sentido de lo real. Defensa: explotación del narcisismo primario.
5. Pérdida de la capacidad para relacionarse con los objetos. Defensa: estados autistas, relación exclusiva con los fenómenos del *self*.

Winnicott (1989) afirma que el miedo clínico al derrumbe es el miedo a un derrumbe ya experimentado en los inicios de la vida, derivado de una falla original del ambiente facilitador; sin embargo asegura que el paciente no puede convertirlo en tiempo pasado, hasta que el *yo* logre experimentarlo en tiempo presente y así pueda comprenderlo a través del *insight* analítico.

En palabras del autor: “[...] si el paciente está en condiciones de aceptar de algún modo esta extraña especie de verdad, queda abierto el camino para experimentar la agonía en la transferencia, como reacción frente a las fallas y errores del analista” (Winnicott, 1989, p. 116).

Como contraparte del miedo al derrumbe y partiendo de la idea de que el ambiente facilitador cumpla con las funciones que el individuo requiera, Winnicott (1968) asegura que el bebé logrará una integración psicosomática y podrá diferenciar su *yo* del *no-yo*; a este fenómeno lo denomina: personalización.

Objeto transicional

Otro concepto medular en la teoría winnicottiana que forma parte de la concepción de la constitución subjetiva es el de objeto transicional, el cual, de acuerdo con Winnicott (1972), ayuda a desarrollar la capacidad de espera y a tolerar la frustración. Este objeto ocupa el lugar de la madre, sin reemplazarla, en los

momentos en los que ésta se ausenta. Su importancia radica en el hecho del reconocimiento de la pérdida y el trabajo de recuperación en la fantasía, lo que precede los procesos de simbolización que tendrán lugar en etapas madurativas posteriores.

El autor hace una aclaración importante y asegura que el bebé puede hacer uso de un objeto transicional cuando el objeto interno está vivo, es real y es lo suficientemente bueno, afirmando que éste dependerá de la existencia y conducta del objeto exterior.

El fracaso de este último en el cumplimiento de alguna función esencial lleva en forma indirecta al carácter inerte o a una cualidad persecutoria del objeto interno. Cuando subsiste la característica de insuficiencia del objeto exterior, el interno deja de tener significado para el bebé, y entonces, y solo entonces, el objeto transicional se vuelve también carente de sentido (Winnicott, 1972, p. 27).

Como uno de los signos más importantes de madurez dentro del proceso de desarrollo emocional, Winnicott (1981) plantea la capacidad del individuo para estar a solas. Señala dos posibilidades con relación a este postulado. La primera sería lograr esta capacidad como parte del desarrollo emocional esperado en el sujeto una vez que se instauraron las relaciones triangulares (Complejo de Edipo). Una segunda posibilidad donde la capacidad de estar a solas no se logra, debido a experiencias tempranas del proceso madurativo, dando como resultado un sufrimiento intenso al momento de experimentar la soledad.

... si bien la capacidad para estar solo es fruto de diversos tipos de experiencias, sólo una de ellas es fundamental, sólo hay una que, de no darse en grado suficiente, impide el desarrollo de dicha capacidad; se trata de la experiencia, vivida en la infancia y en la niñez, de estar solo en presencia de la madre (Winnicott, 1981, p. 33).

En el mismo texto, el autor retoma postulados kleinianos y señala que alcanzar la capacidad para estar a solas, depende de la existencia de un objeto bueno en la

realidad psíquica del individuo. La experiencia de una buena maternalización, donde la satisfacción de las necesidades madurativas en el niño fue suficientemente buena, permite que el sujeto pueda formar poco a poco la creencia de ser habitado con objetos buenos, dispuestos a ser proyectados en el momento oportuno.

Con relación a lo anterior, Winnicott (1981) retoma lo que sucede en etapas tempranas del desarrollo emocional y especifica que el yo materno funge como soporte para el yo incipiente del bebé. Continúa diciendo que con el tiempo, el psiquismo del niño introyecta a la madre sustentadora y es así como logra estar solo sin necesidad de buscar con frecuencia el apoyo de la madre o su sustituto.

Ejemplifica lo anterior analizando la frase “yo estoy solo” en tres momentos:

1. “Yo”: el individuo ha logrado un punto tal en su desarrollo emocional que es capaz de afirmarse como una unidad, lo que posibilita la existencia de un mundo interiorizado.
2. “Yo estoy”: esta frase se alcanza gracias a la presencia de un medio ambiente protector que permita pasar de un estado sin defensas, vulnerable y potencialmente paranoico, a otro donde el individuo pueda ser poseedor de su propia vida y tener conciencia de la existencia materna.
3. “Yo estoy solo”: llegar a este momento depende de que el niño sea consciente de la existencia de una madre que le brinde seguridad, logrando con esto una apreciación inconsciente de la existencia continua de la madre. Con el tiempo el individuo adquiere la capacidad de renunciar a la presencia real de la madre, estableciendo un medio ambiente interiorizado. Solo así el individuo logrará estar a solas y disfrutar de esa soledad.

Lograr alcanzar la capacidad de estar a solas es tan importante, que Winnicott (1981) menciona que únicamente a partir de ésta, el niño será capaz de descubrir su propia vida personal, al lograr existir durante un tiempo sin ser reactor ante estímulos externos que dirijan su interés o sus movimientos: “Sólo en estas condiciones es posible que el niño viva una experiencia que dé la sensación de ser real” (Winnicott: 1981, p. 37).

Winnicott (1990) señala tres tareas principales que deben darse dentro del proceso de desarrollo del bebé y las cuales se relacionan con la función materna: integración del yo, establecimiento de la psique en el cuerpo y formación de relaciones objetales.

En resumen, el camino que plantea el autor comienza en la no integración y la dependencia absoluta del bebé con su madre; ésta última deberá cumplir con sus funciones de manera suficientemente buena para que así, el *infans* pueda alcanzar un buen desarrollo emocional que le permita significar al mundo y a sí mismo, integrar su psiquismo y tener la experiencia de sentirse vivo y real.

Capítulo 3: Organizaciones psíquicas: neurosis, psicosis, perversión y organización límite.

Organizaciones psíquicas

A continuación se describirán brevemente las principales organizaciones psíquicas de acuerdo con autores de orientación psicoanalítica. Se retomará el papel que desempeñan el momento edípico y la castración simbólica en la constitución subjetiva, para posteriormente centrar el texto en el tema principal de este capítulo: la neurosis, la psicosis, la perversión y la organización limítrofe o borderline.

De acuerdo con Dor (1988), las estructuras psíquicas se constituyen en función de los amores edípicos, es decir en la relación que el sujeto mantiene con la función fálica. Plantea que, así como son consideradas un factor organizador, también pueden ser un desorganizador de la personalidad.

La dinámica edípica se centra en la dialéctica del ser y el tener, esto es, el momento que conduce al sujeto de una posición donde está identificado con el falo de la madre, a otra posición donde, renunciando a dicha identificación, y por tanto aceptando la castración simbólica, tiende a identificarse o bien con el sujeto que supuestamente no lo tiene o, por el contrario, con aquel que supuestamente lo tiene (Dor, 2006, p. 32).

El autor señala que la función fálica regula el proceso del Edipo. De igual manera, retoma la postura freudiana de cómo a partir del surgimiento de la angustia de castración, se generan en el individuo una serie de construcciones psíquicas defensivas, las cuales determinan el curso de la economía psíquica y por lo tanto, los diversos funcionamientos psíquicos.

Dor (2006) plantea que la instalación de las estructuras neurótica, psicótica y perversa pueden localizarse en los factores que intervienen en las interferencias de los deseos recíprocos de la madre, el padre y el niño con respecto al falo.

Freud (1924 [1923]/2008) señala que tanto en la neurosis como en la psicosis ha ocurrido una frustración proveniente del mundo exterior, la diferencia entre ambas es la manera en la que el *yo* reacciona ante la misma, es decir, sus defensas.

Dor (2006) explica que el desarrollo del complejo de Edipo es una movilización imaginaria del niño que le ayuda a resolver el enigma de la diferencia de sexos. Se inicia a partir de la noción de atribución fálica de la madre. El niño cree que el único objeto de deseo de su madre es él mismo, y no es sino hasta la llegada del padre a esta diada, que se da una mediación del deseo.

En este momento, sería importante cuestionar qué es lo que pasa cuando en la realidad, no hay un padre en la dinámica familiar que pueda ejercer su papel como función fálica, y en este sentido, el autor dice que en el caso en el que el padre real esté ausente o sea designado como inexistente, de todos modos, la función estructurante es potencialmente operatoria, siempre y cuando haya un otro referenciado en el discurso de la madre como una instancia tercera mediadora del deseo del otro.

Dor (2006) señala también que una vez que aparece la figura del padre, el niño comienza a darse cuenta que no es el único objeto de deseo de su madre, e invierte al padre como objeto de deseo rival entre él y la madre. La castración se da en el momento en el que el padre impone su Ley y prohíbe el incesto, rompiendo así la diada madre-hijo.

Neurosis

De acuerdo con Freud (1924 [1923]/2008) la neurosis es el resultado de un conflicto entre el *yo* y el *ello*. En este sentido explica que el *yo* quiere ignorar la moción pulsional del *ello* y se defiende de ésta a través de la represión, lo que genera una subrogación sustitutiva que da como resultado el desarrollo del síntoma. Sin embargo, explica que una vez que aparece el síntoma, el *yo* se encuentra amenazado ahora por éste y comienza una lucha en su contra, tal y como se había defendido de la moción pulsional primaria, dando como resultado el cuadro de la neurosis.

Además de la explicación anterior, Freud (1924 [1923]/2008) dice que, al utilizar la represión, el *yo* está obedeciendo a los mandatos del *superyó*; por lo que afirma lo siguiente: "...el *yo* ha entrado en conflicto con el *ello*, al servicio del *superyó* y de la realidad; he ahí la descripción válida para todas las neurosis de transferencia" (Freud, 1924 [1923]/2008, p. 156).

Freud (1898/2008) explica cómo los factores de la vida sexual constituyen la causa más próxima de la neurosis y aclara que existe una etiología sexual en todos los casos de neurosis, sin embargo los divide en neurastenia y neurosis de angustia. La primera se refiere a una afección sexual actual y la segunda está relacionada con factores de naturaleza infantil.

En la Carta 52, Freud (1896/2008) habla de la presencia de tres grupos de psiconeurosis sexuales: la histeria, la neurosis obsesiva y la paranoia.

Freud (1913/2008) introduce el término de "elección de neurosis" y distingue dos tipos de causas a partir de las cuales un individuo puede desarrollar o no un tipo específico de organización neurótica. Plantea las causas constitucionales que serían predisposiciones que el ser humano trae consigo y que son independientes de las vivencias de efecto patógeno; y las causas accidentales, las cuales se refieren a los acontecimientos que el ambiente genera e impactan en el desarrollo patológico de la organización psíquica.

En relación a la etiología específica de la neurosis histérica, Freud (1896/2008) explica la existencia de traumas sexuales durante la niñez temprana, originados por una irritación de los genitales en la que el individuo tuvo una respuesta pasiva. Lo que ocasiona la histeria no son las vivencias, sino el recuerdo de éstas en la madurez sexual, es decir, la huella mnémica de estos eventos.

Es importante mencionar que lo anterior se refiere a la teoría del trauma desarrollada por Freud al inicio de su obra, concepción que con el paso del tiempo evolucionaría, como se explicó en el capítulo primero, hasta llegar al concepto de la fantasía como elemento fundamental para la comprensión de la vivencia sexual infantil.

Por su parte, Dor (2006) comparte la idea de que la histeria se relaciona con experiencias sexuales tempranas, pero también habla de la superación del complejo de Edipo. Los síntomas histéricos son considerados defensas, la persona trata de dar como no ocurrida la idea que resulta incompatible para el yo. Estas ideas deben ser liquidadas porque el yo no sabe qué hacer con ellas, motivo por el cual busca protegerse de las mismas.

El autor afirma que la estructura histérica se relaciona con la dialéctica del deseo, de tener o no tener falo. La histeria se da cuando el niño, al entrar el padre a la diada con la madre, no puede superar que él no sea ni tenga el falo. Es por esto que a lo largo de su vida, el histérico desea y busca tener el falo.

Dor (2006) asegura que según el sexo del histérico, la reivindicación adoptará contornos distintos, aunque la dinámica será la misma: apropiarse del atributo fálico del cual se considera injustamente desprovisto.

Otra de las características de la neurosis histérica retomada por el autor es que la identidad en este tipo de estructuras es insuficiente, pues afirma que este tipo de organizaciones psíquicas, sienten que no fueron suficientemente amados por el otro (la madre) y de ahí vienen los esfuerzos por intentar ser el objeto de deseo de éste.

Dor (2006) explica que todos los esfuerzos del histérico se ponen al servicio de la identificación fálica. Asegura que estas organizaciones psíquicas buscan ser la encarnación del objeto ideal del deseo del otro, motivo por el cual la seducción es un elemento esencial en la dinámica histérica.

En la neurosis obsesiva, también podemos remitirnos a una experiencia sexual temprana, tal y como lo indica Freud (1895 [1894]/2008), sólo que en este caso la experiencia es activa, aunque pasiva en un inicio. El trasfondo de este tipo de neurosis son síntomas histéricos: reproches mudados de la represión, donde la acción sexual de la infancia fue realizada con placer. Posteriormente al reprimir ese reproche, debe de ser sustituido por un síntoma defensivo primario, momento en el que se da el retorno de los recuerdos reprimidos y el fracaso de las defensas.

Dor (2006) afirma que, a diferencia del histérico, el obsesivo se habría sentido demasiado amado por su madre. Los cataloga como nostálgicos del ser, nostalgia que encuentra su principal apoyo en el recuerdo de un modo particular de relación entre el niño y la madre, o más bien de la relación que la madre mantuvo con él; pues surge la creencia de que ella podría encontrar aquello que supuestamente debe de esperar del padre, en el hijo.

El tema de la seducción en este tipo de neurosis es retomado por Freud (1913/2008), quien explica cómo las obsesiones aparecen como reproches disfrazados que el sujeto se dirige a sí mismo con relación a la actividad sexual infantil productora de placer. Esta situación se trata, según el autor, de una agresión sexual que sucedió a una fase de seducción.

Freud (1913/2008) señala que los elementos obsesivos constituyen síntomas primarios de defensa, contra los cuales el yo reacciona de manera precisa movilizándolo procesos de defensa secundarios. En este sentido, podríamos identificar principalmente el aislamiento y la anulación retroactiva.

Psicosis

La psicosis comienza a gestarse antes del complejo de Edipo. Winnicott (1990) explica que la relación de la madre con su bebé es determinante para la conformación de una estructura psicótica, especialmente cuando la madre está ausente o tiene fallas importantes en su función durante los primeros meses de vida.

Una madre suficientemente buena según Winnicott (1990), será capaz de proporcionar un medio que le permita al bebé comenzar a existir, tener experiencias agradables, construir un yo personal, dominar sus instintos y enfrentarse con todas las dificultades de la vida.

El autor explica que con el tiempo el niño también necesita que su madre, de manera gradual, comience a fallar, sobre todo cuando es capaz de tolerar frustraciones. Sin embargo, asegura que existen niños que son defraudados por sus madres aún cuando no están preparados para ello. Las fallas constantes en la

función materna dan como resultado la vivencia de experiencias en su mayoría displacenteras, lo que puede derivar en una perturbación psíquica importante que predisponga un funcionamiento psicótico.

Freud (1924 [1923]/2008) habla de cómo el *yo* debe de responder a tres amos: el *ello*, el *superyó* y la realidad; y señala que la psicosis es el resultado de un conflicto entre el *yo* y el mundo exterior, derivado de una frustración muy grande de los primeros años de la infancia. En el caso de la psicosis, el *yo* es avasallado por el *ello* y así pierde el contacto con la realidad.

De igual manera el autor explica la dinámica de los diversos tipos de psicosis. En la *amentia*, la forma más extrema de psicosis, se da una ruptura con el mundo exterior debido a una grave frustración de un deseo por parte de la realidad. Por otro lado, en la esquizofrenia hay una pérdida de toda participación en el mundo exterior, y los delirios se presentan como un parche colocado en el lugar donde originariamente se produjo una desgarradura en el vínculo del *yo* con el mundo exterior.

Freud, (1924[1923]/2008) señala que en la psicosis la realidad se interpreta como algo perturbador y es así como el *yo* opta por alejarse de ésta con el fin de mantener la vida. Menciona que en la reconstrucción de la realidad que hace el psicótico, se utiliza el material existente en las huellas mnémicas para la creación de una nueva realidad.

Ahora bien, Bergeret (1983) afirma que la estructura psicótica corresponde a una debilidad de la organización narcisista primaria en los primeros instantes de la vida. Esto puede entenderse como una imposibilidad por parte de la madre para considerar al niño como un objeto distinto a ella.

Además, el autor dice que la relación fusional con la madre, se repetirá en el plano interpersonal del sujeto, ya que el *yo* se encuentra fraccionado desde un principio y el *superyó* no ha alcanzado su rol organizador. La angustia en este tipo de estructuras no se basa en la castración ni en la pérdida del objeto, sino en el fraccionamiento y la destrucción.

De igual manera, Bergeret (1983) explica cómo la presencia de fijaciones serias en el transcurso de la fase oral o, a más tardar al inicio de la fase anal, son decisivas

para el establecimiento de la psicosis. Sin embargo, también menciona que la adolescencia se considera una etapa de transformación considerable en el plano estructural de la psique. En este periodo existe una pequeña posibilidad para que el sujeto abandone el plano psicótico y se instale en el neurótico, aunque estos casos son sumamente escasos y requieren de un movilizador profundo, como sería el caso de una psicoterapia exitosa. En la gran mayoría de los casos, el yo seguirá su evolución y se instalará en la estructura psicótica de manera definitiva.

Bleuler (1955) dice que en la psicosis se busca modificar la realidad, que es percibida como desagradable por el sujeto, por una más tolerable. Se caracteriza por una predilección de la fantasía con respecto a la realidad, el autismo y la inclinación a una ruptura con la realidad que genera alucinaciones y/o delirios. También dice que se pueden presentar fugas o bloqueo de ideas, así como trastornos de la memoria y orientación, automatismos como pensamientos obsesivos y estereotipias.

Perversión

Freud (1905/2008) distingue entre las inversiones y las perversiones, que tienen que ver con el mecanismo pulsional en cuanto al fin y al objeto de las pulsiones. Las primeras tienen que ver con los desvíos que conciernen al objeto de la pulsión y las perversiones se relacionan con una desviación en cuanto al fin.

Dor (2006) explica que, desde el punto de vista freudiano, las perversiones se originan alrededor de la angustia de castración y la movilización de procesos defensivos destinados a afrontarla. Es así como se manifiestan dos procesos defensivos característicos de esta estructura: la fijación y regresión, y la renegación de la realidad.

Además de los mecanismos defensivos mencionados anteriormente, Dor (2006) afirma que Freud orientó sus investigaciones a la búsqueda de un mecanismo metapsicológico inaugural de la perversión, logrando identificar la renegación de la realidad y la escisión del yo como una propiedad intrínseca del funcionamiento del aparato psíquico en este tipo de organizaciones.

El autor afirma que el desafío es un rasgo estructural estereotipado en la perversión y puede entenderse como la huella de la rivalidad con el padre. Con el desafío es irremediable el encuentro con otro rasgo estructural del perverso: la transgresión, completamente inseparable del primero. Estos dos elementos constituyen las dos únicas salidas del deseo perverso.

Dor (2006) señala que el terreno de la rivalidad fálica implica el desarrollo de un presentimiento que gira en torno a la diferencia de sexos. Es así como el niño anticipa la existencia de un universo de goce del cual está excluido. En lo concerniente a la castración, el infante no quiere saber nada desde el momento en que se plantea para él la cuestión de reconocer algo del orden de la falta en el otro. Lo anterior constituye una repudiación que tiene por objeto rechazar la posibilidad de simbolizar esa falta.

Retomando lo anterior, el autor explica que el problema del perverso se centra en la renegación de la ley del padre, es decir de la castración; por lo que un individuo con estas características, va a guiarse únicamente por la ley de su propio deseo y rechazará la idea de que la ley de su deseo esté sometida a la ley del deseo del otro, lo que se considera un rasgo estructural característico de esta organización psíquica.

Dor (1988) afirma que el proceso perverso puede detectarse muy tempranamente en la evolución de la personalidad, gracias a la presencia de signos precursores tales como: malignidad, crueldad, violencia de carácter, indisciplina, disimulación y mentira. Aunado a lo anterior, dice que el comportamiento que tenga la persona con este tipo de estructura dependerá de su nivel intelectual.

Finalmente señala que un perverso puede adaptarse más o menos bien a la vida social y es capaz de reconocer las restricciones que se le imponen, sin embargo pasará por alto estas limitaciones y regulará su conducta basándose en la realización de sus deseos, dejando de lado la dignidad individual y el respeto por el otro.

Organización limítrofe o *borderline*

De acuerdo con Lerner (2007) la noción de *borderline*, organización fronteriza o patología límite no tuvo un lugar en la literatura psicoanalítica, sino hasta la década de 1930.

Green (1990) señala que el término fronterizo no pertenece al vocabulario psiquiátrico ni al psicoanalítico. Retoma el hecho de que Freud identificó algunas organizaciones psíquicas que fueron aceptadas por disciplinas no analíticas, como es el caso de la neurosis y la psicosis, pero que no definió una categoría en la cual se pudiera reconocer a los pacientes fronterizos, organización psíquica que, de acuerdo con el autor, es tan común en la clínica actual.

Como se mencionó en la introducción, a partir de los planteamientos de diversos autores posfreudianos, específicamente aquellos interesados en lo pre edípico, el alcance teórico y clínico del psicoanálisis dio un salto muy importante.

Lerner (2007) asegura que, en la época de Freud, no existían elementos teóricos suficientes para explicar los cuadros clínicos denominados como “complicados”. Explica que tiempo después, psicoanalistas como Winnicott, Balint, Green, McDougall, entre otros, ampliaron los conceptos psicoanalíticos iniciales, posibilitando con esto la inclusión de patologías que antes quedaban excluidas del pensamiento psicoanalítico.

Lerner (2007) señala que entre 1930 y 1940 el interés por pacientes considerados como “difíciles” y que no podían ser considerados como esquizofrénicos aumentó, dando lugar a lo que más adelante se denominó “organización fronteriza”.

El autor reconoce las investigaciones de Winnicott acerca del desarrollo psíquico temprano, como un parteaguas para la comprensión de los déficits en la constitución *yóica* y, por ende, para el estudio del funcionamiento *borderline*.

Green (1990) y Lerner (2007) coinciden al considerar la organización límite o *borderline* como el cuadro psicopatológico más común de la contemporaneidad.

En relación con lo anterior, Lerner (2007) asegura que características contextuales comunes en la actualidad como la prevalencia de la desesperanza sobre los valores consensuados, el vacío de sentido, la sensación de futilidad y el sentimiento de apatía, son algunos de los elementos que han contribuido a la prevalencia de este tipo de organización psíquica.

Así mismo el autor señala que en algunas sociedades actuales, el enaltecimiento y la autoidealización narcisistas han reemplazado los sentimientos de solidaridad y los ideales culturales.

A continuación se desplegarán las principales características del funcionamiento límite o *borderline* de acuerdo con los planteamientos de Otto Kernberg, André Green y Hugo Lerner.

De acuerdo con Kernberg (1990), los individuos *borderline* ocupan un área limítrofe entre la neurosis y la psicosis. Aclara que este tipo de pacientes presentan una organización patológica específica y estable, y no es que pasen de una estructura neurótica a una psicótica. Asegura que estos sujetos conservan su contacto con la realidad la mayoría del tiempo, aunque pueden llegar a presentar episodios psicóticos cuando se encuentran en situaciones apremiantes o bajo el influjo de alcohol y/o drogas.

De igual manera Lerner (2007) señala que este tipo de pacientes tiende a utilizar mecanismos de tipo psicótico y a regresionarse con mucha facilidad como respuesta a situaciones contextuales experimentadas como traumáticas.

Green (1990) por su parte se refiere a la frontera en la que habita el fronterizo como un territorio grande sin división clara, como una tierra de nadie entre la salud y la insania.

Kernberg (1990) y Lerner (2007) aseguran que un diagnóstico acertado es fundamental, pues es común que esta patología pueda ser confundida, en un inicio, con un cuadro neurótico debido a que los síntomas iniciales de estas dos afecciones son similares.

Kernberg (1990) señala que para poder realizar un diagnóstico diferencial, es necesario tener en consideración las principales categorías sintomáticas. Explica que los individuos considerados como *borderline*, suelen presentar una ansiedad flotante, crónica y difusa; así mismo pueden mostrar varios síntomas considerados como neuróticos, tales como fobias múltiples, síntomas obsesivo-compulsivo, síntomas de conversión, reacciones disociativas como fugas histéricas y amnesia asociada con perturbaciones de la conciencia, hipocondría y tendencias paranoides.

Es muy interesante observar cómo en un inicio, Lerner (2007) describe estas mismas características como parte del funcionamiento *borderline*, sin embargo este autor añade labilidad emocional, necesidades muy marcadas de dependencia, masoquismo, depresiones y conductas autodestructivas como parte de la sintomatología de este cuadro clínico.

Lerner (2007) explica que lo común en estos pacientes es observar alteraciones importantes en la estructuración *yóica*, mismas que derivan en una inadecuada o inexistente tolerancia a la ansiedad y en una dificultad para controlar impulsos y para sublimar.

Para Green (1990) el principio de realidad juega un papel fundamental para comprender la organización fronteriza, pues asegura que éste se relaciona con la existencia o no del objeto, y, por ende, con el *self*:

Ser un fronterizo da a entender que una frontera protege al *self* de pasar al otro lado o de ser cruzado, de ser invadido, con lo cual uno llega a ser una frontera móvil (no digo tener, sino ser esa frontera) (Green, 1990, p. 92).

El autor retoma a Freud (1924 [1923]/2008), quien señala que el *yo* puede llegar a deformarse o incluso a partirse o segmentarse con tal de evitar una ruptura hacia cualquiera de los lados (adentro o afuera).

En concordancia con lo anterior, Lerner (2007) plantea que el problema medular de los pacientes con funcionamiento límite, tiene que ver con una perturbación del sentimiento de identidad.

De acuerdo con el autor, lo anterior es una característica de las denominadas “patologías narcisistas”, en las cuales existe un problema con la relación del yo con el mundo exterior (yo-no yo), derivada de la forma en la que el yo fue investido en los inicios de su existencia.

En el capítulo dos de este trabajo, se hizo un recorrido por algunas de las aportaciones más representativas del pensamiento winnicottiano, con relación al apuntalamiento durante los primeros años de vida. Este autor, como se mencionó anteriormente, es considerado por Lerner (2007) como uno de los psicoanalistas que ampliaron las concepciones teóricas y contribuyó al estudio y a la comprensión de pacientes considerados “difíciles”.

Kernberg (1990), Green (1990) y Lerner (2007) concuerdan en que una de las características medulares de los pacientes con organizaciones fronterizas es el uso de la escisión como mecanismo privilegiado, a diferencia del funcionamiento neurótico que comúnmente se rige por la represión.

Kernberg (1990) explica que en un inicio las introyecciones e identificaciones positivas y negativas están divididas, ya que, durante el primer año de vida, esta desintegración es utilizada como una defensa por el yo en formación. Es así que, lo que en un inicio era parte funcional del yo y constituía el mecanismo primitivo de escisión, útil para la primera etapa de la vida, se vuelve patológico al instalarse como un modo de funcionamiento posterior que interfiere con el desarrollo de mecanismos defensivos más elaborados.

Green (1990) desarrolla la importancia que tiene la diferencia entre represión y escisión. Señala que en el caso de los neuróticos que se rigen por la primera, la energía psíquica está ligada y hay posibilidad de crear nuevos lazos entre representaciones y afectos; sin embargo en el caso de los pacientes fronterizos los nexos entre representación y afecto están destruidos, dando como resultado

sensaciones de gran amenaza e incluso de aniquilamiento en el momento en el que retornan dichos elementos a la consciencia, pues la posibilidad de representar y simbolizar es limitada.

Kernberg (1990) asegura que la escisión es el mecanismo característico de las personas con personalidad límite y tiene como finalidad, proteger al yo de los conflictos a través de la separación de introyecciones e identificaciones que por un lado tienen un origen libidinal, por otro uno agresivo y por lo tanto son contradictorias.

Además de la escisión, el autor asegura que este tipo de pacientes, utilizan otros mecanismos de defensa primitivos, tales como idealización primitiva, identificación proyectiva, negación, omnipotencia y desvalorización. A continuación se explicará brevemente cada uno de estos mecanismos:

- Escisión: operación defensiva esencial en el funcionamiento fronterizo que busca mantener separadas las introyecciones e identificaciones que son opuestas entre sí.
- Idealización primitiva: tendencia a ver los objetos externos como totalmente buenos y poderosos, alejándolos de la realidad. Al separar a los objetos buenos de los malos, no se corre el riesgo de que los primeros sean contaminados, dañados o destruidos por la agresión propia o la proyectada en otros objetos. De igual forma se cuenta con la protección del objeto bueno ante la amenaza de un mundo lleno de objetos peligrosos.
- Identificación proyectiva: busca externalizar las imágenes de sí mismo que son agresivas y totalmente malas. Al externalizarlas se crean objetos peligrosos y vengativos de los que el sujeto intenta protegerse.
- Negación: este mecanismo contribuye a la escisión, pues en ocasiones el paciente puede estar consciente de lo opuesto de sus pensamientos, percepciones y sentimientos, sin embargo, el recuerdo carece de repercusión emocional. Puede suceder que de pronto el sujeto regrese a un determinado estado emocional y niegue otro.
- Omnipotencia y desvalorización: mecanismos que también se relacionan con la escisión y además son manifestaciones del uso defensivo de

introyecciones e identificaciones primitivas. Al igual que en la identificación proyectiva, no existe un verdadero amor por el objeto, más bien se usa de manera despiadada y como si fuera una extensión del propio paciente. Es común que este tipo de sujetos esperen ser tratados de manera privilegiada y desvaloricen los objetos externos.

Lerner (2007) hace una aportación importante al plantear que una de las particularidades del funcionamiento límite tiene que ver con una dificultad importante para distinguir entre la percepción y la proyección, y entre el adentro y el afuera.

Kernberg (1990) plantea que lo esperado en el desarrollo estructural de una persona es que logre integrar las imágenes de sí mismo y las imágenes objetales como entes distintos; sin embargo, en los pacientes límite es probable que una excesiva frustración de necesidades tempranas sea la principal causa de esta falta de diferenciación, ya que la persona busca hacer una fusión regresiva para conservar o recuperar la gratificación que le fue negada.

El autor señala que después de este primer proceso, se requiere que las imágenes objetales idealizadas se integren con las totalmente malas y viceversa, hasta lograr integrar representaciones totales de sí mismo, proceso que tiene un déficit importante en la organización límite.

Finalmente Lerner (2007) señala que algo común es que este tipo de pacientes abandonen el tratamiento de manera abrupta. Despliega datos estadísticos muy interesantes y retoma el trabajo de Guala (2004, citado en Lerner, 2007) quien plantea que, de acuerdo con diversos estudios de seguimiento, el 50% de los pacientes fronterizos abandonan el tratamiento a los seis meses y el 75% a los doce meses.

Capítulo 4: Método

Planteamiento del problema

La problemática que se abordará en el siguiente trabajo surge a partir de la necesidad de elaborar un proyecto de intervención, en el que se pongan a prueba y se lleven a la práctica los conocimientos teóricos y técnicos adquiridos en la Especialización en Intervención Clínica en Adultos y Grupos de la Facultad de Psicología.

Dicha problemática es relevante porque analiza la constitución de una de las problemáticas más comunes en nuestros tiempos en cuanto a salud mental se refiere: el funcionamiento límite o borderline. Psicoanalistas como Green (1990) y Hugo Lerner (2007) aseguran que este tipo de organización psíquica es muy común y ocupa un porcentaje importante de los casos que llegan a los consultorios.

El análisis planteado permitirá comprender cómo las fallas del ambiente en los primeros años de vida, impactan en la constitución subjetiva y dan como resultado fallas posteriores en el funcionamiento psíquico del individuo.

Uno de los aportes más importantes del psicoanálisis para la comprensión de la conducta humana, es el papel medular del otro en la constitución subjetiva. De acuerdo con los conceptos de ambiente facilitador y madre suficientemente buena de Winnicott (1990), se afirma que la función materna es la que posibilita o no, el desarrollo psíquico del bebé. Los primeros años de vida son cruciales y la relación que se establece entre el bebé y su madre (o quien desempeñe dicha función), así como las fallas experimentadas en la misma, sentarán las bases para el futuro devenir del sujeto.

Donald Winnicott, autor que se retoma en uno de los capítulos del marco teórico del presente trabajo, plantea a la función materna como el elemento a partir del cual se sustenta la vida y la integración psíquica. A partir de lo anterior se propone la siguiente **pregunta**:

¿De qué forma impactan las fallas de la función materna en el funcionamiento psíquico de una mujer de 38 años que solicita apoyo psicológico?

Hipótesis diagnóstica

Las múltiples fallas de la función materna experimentadas en los primeros momentos de la constitución subjetiva de la paciente, interfirieron en su desarrollo psíquico, provocando fallas importantes en la integración de su yo y en su sentido de identidad. Como consecuencia de lo anterior el funcionamiento psíquico de Angélica es predominantemente limítrofe y se caracteriza por una dificultad importante para integrar objetos totales (escisión), padece un estado de angustia constante que aumenta cuando se enfrenta a situaciones que considera apremiantes, momento en el que tiene pasajes al acto que ponen en riesgo su integridad física y su vida. De igual manera, tiene una tendencia a fusionarse con objetos significativos y por lo tanto adhiere su existencia a los mismos, característica que podría estar relacionada con una labilidad *yóica* importante.

Definición de categorías

A continuación se presentan las categorías y subcategorías seleccionadas:

1. Función materna
 - 1.1 Madre suficientemente buena
2. Organización límite
 - 2.1 Escisión e idealización primitiva
 - 2.2 Fusión con el otro y dependencia
 - 2.3 Diferenciación yo / no yo
3. Miedo al derrumbe
 - 2.1 Agonías primitivas

Función materna

Al hablar de *función materna* se tomará en cuenta el postulado de Donald Winnicott (1990) a partir del cual se asegura que para que el yo pueda constituirse y la vida psíquica se ponga en marcha, es medular la presencia de un otro que posibilite las condiciones necesarias para que estos procesos se lleven a cabo.

La función materna es tan importante para la constitución psíquica, que el autor la describe como aquello que le da sentido a la existencia del bebé (experiencia de ser) y sienta las bases para los procesos madurativos posteriores.

Winnicott (1990) plantea el término de *madre suficientemente buena* para referirse a la función materna ideal, capaz de satisfacer las necesidades y de adaptarse a los cambios del bebé en cada una de las etapas del desarrollo. Las fallas de la madre deben ser paulatinas y no demasiadas en la etapa de dependencia absoluta, pero son esenciales para romper la fusión existente entre madre y bebé, con lo cual, el infante se adapta al medio y comienza a tolerar la ausencia y las frustraciones de manera gradual.

El autor explica que cuando las fallas son demasiadas y ocupan la mayor parte de las experiencias del bebé, el proceso de maduración puede verse realmente afectado y dar como resultado una falla en la integración psíquica o una desintegración a partir de un estado de integración; derivando en desequilibrios importantes de la personalidad.

Organización límite o fronteriza

Kernberg (1990) asegura que los individuos considerados fronterizos o límites, poseen una organización patológica estable que se encuentra en un área limítrofe entre la neurosis y la psicosis.

Lerner (2007) señala que este tipo de pacientes tiende a utilizar mecanismos de tipo psicótico y a regresionarse con mucha facilidad, como respuesta a situaciones contextuales experimentadas como traumáticas.

Ambos autores concuerdan al desplegar las principales características de este tipo de organizaciones psíquicas. Plantean la presencia de una ansiedad flotante, crónica y difusa, la presencia de síntomas considerados neuróticos como las fobias múltiples, síntomas obsesivo compulsivos, conversiones, reacciones disociativas, hipocondría y tendencias paranoides.

Green (1990) hace hincapié en la importancia que juega el principio de realidad para la comprensión adecuada de la organización fronteriza, pues asegura que éste se relaciona con la existencia o no del objeto, y por ende, con el *self*.

Así mismo Lerner (2007) plantea que el problema medular de los pacientes con funcionamiento límite tiene que ver con una perturbación del sentimiento de identidad; característica de las denominadas “patologías narcisistas”, en las cuales existe un problema con la relación del yo con el mundo exterior (yo / no yo) derivada de la forma en la que el yo fue investido en los inicios de su existencia.

Kernberg (1990) plantea que lo esperado en el desarrollo estructural de una persona es que logre integrar las imágenes de sí mismo y las imágenes objetales como entes distintos; sin embargo en los pacientes límite es probable que una excesiva frustración de necesidades tempranas sea la principal causa de esta falta de diferenciación, ya que la persona busca hacer una fusión regresiva para conservar o recuperar la gratificación que le fue negada.

Los tres autores citados concuerdan en que el mecanismo característico en este tipo de organización psíquica es la escisión, a diferencia de la represión utilizada predominantemente en la organización neurótica.

Además de la escisión, Kernberg (1990) señala los siguientes mecanismos de defensa primitivos utilizados por sujetos con funcionamiento *borderline*: idealización primitiva, identificación proyectiva, negación, omnipotencia y desvalorización.

Miedo al derrumbe

Winnicott (1989) hace hincapié en el hecho de que todo ser humano tiene la posibilidad de alcanzar un proceso de maduración satisfactorio, siempre y cuando, cuente con un ambiente que le facilite llevar a cabo dicho desarrollo. Sin embargo plantea el concepto de *miedo al derrumbe* para explicar lo que sucede con pacientes no neuróticos cuando, por alguna situación, la organización de su *self* unitario se ve amenazada.

El autor afirma que el miedo clínico al derrumbe es el miedo a un derrumbe ya experimentado en los inicios de la vida, derivado de una falla original del ambiente facilitador. Asegura que son momentos en los que se da una inversión del proceso de maduración del individuo, en los que fallan las defensas. Califica la sensación que experimentan estos pacientes como *agonías primitivas*, pues señala que el término angustia no es suficiente para calificar dicha sensación.

Winnicott (1989) propone cinco tipos de agonías primitivas junto con las defensas utilizadas en cada una de ellas:

1. Retorno a un estado de no integración. Defensa: desintegración.
2. Caer para siempre. Defensa: autosostén.
3. Pérdida de la relación psicósomática. Defensa: despersonalización.
4. Pérdida del sentido de lo real. Defensa: explotación del narcisismo primario.
5. Pérdida de la capacidad para relacionarse con los objetos. Defensa: estados autistas, relación exclusiva con los fenómenos del *self*.

Como contraparte del miedo al derrumbe y partiendo de la idea de que el ambiente facilitador cumpla con las funciones que el individuo requiera, Winnicott (1989) asegura que el bebé logrará una integración psicósomática y podrá diferenciar su yo del no yo.

Objetivo general

Analizar el funcionamiento psíquico de una paciente de 38 años, a partir de las posibles fallas experimentadas en la función materna durante los primeros momentos de su constitución subjetiva.

Objetivos específicos

- Deducir las posibles fallas en la función materna experimentadas por la paciente durante sus primeros años de vida.
- Identificar las principales características del funcionamiento psíquico de la paciente.

- Explicar cómo las fallas constantes de la función materna durante los primeros años de vida, derivan en el funcionamiento límite o *borderline* de la paciente.
- Describir cómo el sufrimiento psíquico que experimenta actualmente la paciente, es el resultado de su organización psíquica.

Tipo de estudio

Para responder la pregunta de investigación ¿De qué forma impactan las fallas de la función materna en el funcionamiento psíquico de una mujer de 38 años?, se utilizará el método denominado *estudio de caso*, desde una perspectiva cualitativa.

Stake (1998) asegura que la diferencia primordial entre la investigación cuantitativa y cualitativa es el tipo de conocimiento que cada una busca. Explica que la primera destaca la explicación y el control, busca la generalización de los fenómenos y anula el contexto con el fin de encontrar relaciones explicativas generales y constantes. La investigación cualitativa por el contrario se centra en la comprensión de las relaciones particulares y se interesa en los pensamientos, sentimientos, motivaciones e intencionalidad de los objetos de estudio.

El autor señala que el investigador cualitativo no busca una explicación causal, pues las acciones humanas pocas veces tienen una causa simple. Asegura también que un estudio de caso pretende abarcar la complejidad y particularidad de un caso en especial, logrando con esto comprender la actividad del mismo en circunstancias diversas con contextos diferentes.

Técnicas empleadas

Entrevista en profundidad, análisis de contenido a partir de la información y el discurso de las entrevistas iniciales y de las sesiones psicoterapéuticas con la paciente, así como los instrumentos técnicos característicos de la psicoterapia psicoanalítica: abreacción, confrontación, clarificación e interpretación.

Escenario

El caso que se analizará a continuación fue trabajado en un Centro Comunitario en el sur de la Ciudad de México. Este escenario brinda atención psicológica a población de escasos recursos que solicita la atención.

Participante

Mujer de 37 años de edad. Solicitó atención psicoterapéutica en un centro comunitario del sur de la Ciudad de México. El tratamiento se realizó cara a cara, a partir de un abordaje psicoanalítico, el cual contó con un encuadre de dos sesiones por semana, con una duración de 45 minutos cada una.

Se trabajó un total de 55 sesiones; las primeras 40 de manera presencial y las últimas 15 de manera remota debido a la contingencia sanitaria por Covid-19. El tratamiento se suspendió debido a que la paciente dejó de presentarse a las sesiones.

El motivo de consulta que refirió la paciente al inicio del tratamiento fue que sufría depresión, padecimiento que le fue diagnosticado en tres ocasiones después de acudir a instituciones psiquiátricas gubernamentales ubicadas en la Ciudad de México. En el siguiente capítulo se presentará la historia clínica de la paciente, así como la formulación del caso en cuestión.

Procedimiento

El acceso a la paciente fue por medio del programa de graduación del Programa Único de Especialización en Psicología (PUEP) de la Facultad de Psicología, el cual permitió la incursión de ex-alumnos de distintas especializaciones, a escenarios donde se pudiera llevar a cabo una intervención, en este caso clínica, que sustentara un proyecto para obtener la graduación de dicho posgrado.

El caso que se presenta fue seleccionado al azar dentro de las solicitudes de atención psicológica que había en el centro comunitario. La paciente hizo una llamada solicitando apoyo psicológico, posteriormente se realizó un cuestionario vía telefónica, en el cual se indagaron las características básicas del caso y luego, se agendó una primera entrevista.

Se realizaron cinco entrevistas en profundidad con el objetivo de elaborar un diagnóstico que permitiera decidir el tipo de intervención necesaria para el caso. Durante dichos encuentros se recabó información acerca la problemática actual que aquejaba a la paciente, misma que incluyó ideas recurrentes de no querer continuar con su vida y un intento de suicidio reciente, su internamiento en un hospital psiquiátrico, una ruptura importante en su relación de pareja y la muerte de su madre. Así mismo se indagó acerca de su historia familiar e infantil.

Después de supervisar la información obtenida en los encuentros iniciales, se tomó la decisión de trabajar con la paciente dos veces por semana, ya que debido a la crisis por la que atravesaba, el espacio terapéutico ayudaría a brindarle contención en un primer momento y la continuidad de las sesiones favorecería la regresión y el proceso psicoterapéutico.

Se le hizo una devolución a la paciente, en donde se le informaron las recomendaciones terapéuticas, así como el encuadre bajo el cual se trabajaría en las sesiones posteriores. Una vez que la paciente accedió a comenzar con el tratamiento, firmó un consentimiento informado, documento que forma parte del protocolo de atención a pacientes del centro comunitario en el que se le atendió.

Se llevaron a cabo un total de 55 sesiones, las cuales se dividieron de la siguiente forma: 5 entrevistas iniciales, 35 sesiones psicoterapéuticas de manera presencial y 15 sesiones psicoterapéuticas vía remota utilizando la plataforma de Skype. El cambio en el encuadre de las últimas sesiones fue debido a la suspensión de actividades presenciales en la Universidad Nacional Autónoma de México, como consecuencia de la contingencia sanitaria por Covid-19.

Es importante agregar que durante los meses que duró el tratamiento psicoterapéutico con la paciente, se llevaron a cabo sesiones de supervisión de manera periódica una vez cada quince días. En este espacio se presentó la información recabada en las sesiones para su análisis y seguimiento.

La interrupción del trabajo terapéutico con la paciente se debió a que ella dejó de presentarse a las sesiones. En el apartado de conclusiones y resultados, se hará un análisis deductivo con las posibles razones por las cuales la paciente abandonó el tratamiento.

Capítulo 5: Presentación del caso

Historia clínica

Ficha de identificación

A. es una mujer de 37 años. Es soltera y estudió una licenciatura. Actualmente es empleada y en sus tiempos libres ejerce su profesión de manera independiente. Solicitó apoyo psicológico en un Centro Comunitario de atención psicológica en la Ciudad de México, refiriendo padecer una crisis de depresión, además de haber sido internada en una Institución de Salud Mental del sector salud un par de meses antes de la primera entrevista.

Su complexión es delgada, mide aproximadamente 1.55 mts., su piel es morena clara y su cabello es oscuro y ondulado. Aparenta menos edad de la que tiene. Se presenta limpia, con ropa y zapatos deportivos y sin maquillaje. Es amable y cooperadora durante la entrevista. No tiene dificultad para comprender las preguntas que realiza la entrevistadora. Se muestra ubicada en tiempo, espacio y persona. Su discurso es coherente y fluido, aunque centrado en los otros, pues habla constantemente de lo que los demás piensan y sienten con respecto a ella y a su problemática.

Motivo de consulta

“Soy paciente de Psiquiatría. He estado internada en dos ocasiones. La última vez el año pasado”. Refiere padecer “depresión”, diagnóstico que le dieron por primera vez a los 18 años y le reiteraron el año pasado en su último internamiento. Actualmente toma 40 mg de fluoxetina al día desde hace 11 meses y continúa bajo supervisión psiquiátrica en una institución de salud pública.

Padecimiento actual

La paciente asegura sentirse triste y pensar constantemente “ya no quiero estar aquí”. Asegura que este estado la ha acompañado a lo largo de su vida de manera constante y que no es la primera vez que se siente así. Uno de los eventos que identifica como detonantes de su sufrimiento actual, es el deterioro de su última

relación de pareja, misma que terminó en diciembre de 2018, después de más de 10 años, cuando le pide a su entonces pareja que abandone la casa en donde vivían en unión libre.

La paciente asegura que los últimos dos años de la relación sentía que su pareja, O., ya no mostraba interés hacia ella. Relata que a inicios de 2018 estuvo convaleciente de dos procedimientos quirúrgicos, eventos en los que no contó con el cuidado de su pareja. Menciona que desde entonces comenzó a sentirse muy triste y las peleas entre los dos se hicieron cada vez más frecuentes.

Relata una pelea en la que comenzó a forcejear con O. después de haberle quitado el celular y ver unos mensajes que él le había mandado a una compañera de trabajo. Afirma que ella buscaba más mensajes o fotos que corroboraran que él la engañaba; la persiguió hasta el baño para quitarle el teléfono y lo sumergió en el tanque del W.C. para “evitar que se hiciera historias en la cabeza”. En otra de las peleas, la paciente menciona que pensó en subir a la azotea de la casa y aventarse para “ya no estar aquí”, pero cuando su pareja se dio cuenta que ella había tomado las llaves de la azotea, la detuvo e impidió que subiera. Asegura que después de esta escena, no intentó hacerlo al estar sola en casa.

Otro de los eventos que la paciente relata como desencadenantes de su estado actual es la muerte de su madre tres años atrás. En referencia a la relación que tenía con ella dice: “era una relación enfermiza, pero no nos soltábamos”. Menciona que desde pequeña su madre rechazaba lo que ella hacía sin su consentimiento: “me exigía que hiciera lo que ella quería”. Asegura que constantemente subestimaba sus logros y la hacía sentir culpable diciéndole que era una “mala hija”. “A mí nunca me pegó, conmigo usaba sus palabras”.

La paciente nunca abandonó la casa materna; las dos ocasiones en las que vivió con una pareja fue porque ellos se fueron a vivir con ella a casa de su madre.

Asegura que la muerte de su madre fue un evento sumamente difícil para ella y que después de este evento, permaneció dos meses en cama. Sólo se levantaba para lo indispensable y fue hasta que la madre de uno de los compañeros de sus hijos

intervino, que comenzó a retomar sus actividades. “Mis hijos me dicen que por mi culpa odian los tamales, porque cuando no me podía levantar, se acercaban y me decían que qué iban a cenar y yo escuchaba que pasaba el de los tamales y los mandaba a que compraran siempre”.

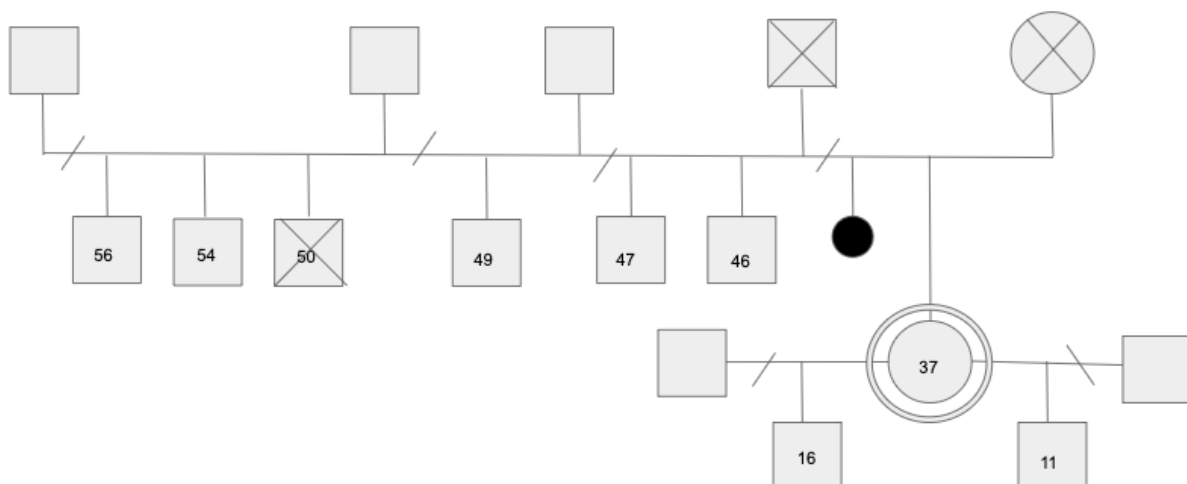
Antecedentes clínicos

Ha recibido atención psiquiátrica en el sector salud en tres ocasiones: la primera a los 18 años diagnosticada con depresión, la segunda a los 21 años con el diagnóstico de depresión post-parto y la última a los 36 años diagnosticada con depresión. Actualmente continúa en tratamiento psiquiátrico y bajo supervisión médica. Toma 40 mg de fluoxetina al día.

De los 17 a los 31 años padeció bulimia, condición que nunca fue tratada y externó hasta su último internamiento.

Historia familiar

Familiograma



A. es la menor de 7 hermanos y la única mujer. Los tres hermanos mayores, con edades de 56, 54 y 52 años (el hermano que ahora tendría 52 años falleció hace 2 años a causa de complicaciones por Diabetes) son hijos de la primera relación que

tuvo la madre de la paciente a los 13 años, edad en la que se casó. El siguiente hermano que actualmente tiene 50 años, fue producto de una relación corta en la cual no hubo vida en pareja. Los dos últimos, anteriores a ella de 48 y 49 años son hijos de su madre y un comerciante conocido por la familia; y ella es la única hija de la relación que hubo entre su padre y su madre, aunque es importante mencionar que antes de que ella naciera, su madre perdió a un hijo varón a causa de un aborto espontáneo.

Su madre fue comerciante; tenía varios puestos semifijos, los cuales fue heredando a cada uno de sus hijos varones conforme éstos se iban casando. A. la recuerda siempre trabajando y por tal motivo fuera de casa, por lo que la paciente creció bajo el cuidado de sus hermanos y de las novias de éstos.

Asegura que cuando era pequeña su padre se fue de la casa y no fue sino hasta que ella tenía 10 años que regresó para “convivir con ella”. Relata que lo veía ocasionalmente y que a pesar de que había convivencia, la relación nunca fue cercana. Su padre sufría problemas emocionales (no especifica cuáles) e incluso la primera vez que ella asistió a psiquiatría y fue diagnosticada con depresión (a los 18 años), él le ofreció que se fuera a vivir a su casa, lugar donde permaneció un mes hasta que decidió regresar a la casa materna, pues refiere que no se sentía cómoda con la familia de su padre.

En el año 2008 el padre de A. se suicidó. La paciente menciona que uno de sus hermanos le dijo que debían de ir al hospital porque su padre estaba grave, sin embargo al lugar al que la llevó fue a un Ministerio Público. En ese momento A. se enteró que su padre había decidido quitarse la vida.

Además de la problemática mental que presentaba su padre, la paciente menciona que su madre sufría “crisis” ocasionales en las que dejaba de comer y no se levantaba de la cama. Asegura que el médico tratante la medicaba con Tafil y eso era lo que la sacaba adelante.

Menciona que nunca conoció a sus abuelos (maternos y paternos) ni a la familia extensa de sus padres. “Cuando ellos se juntaron empezó la familia”. Tanto su

abuelo como su abuela materna fueron alcohólicos y no mantuvieron vínculo con sus familias de origen; esto lo sabe por conversaciones que llegó a escuchar cuando era niña, pues afirma que su madre rara vez hablaba de su vida y nunca tuvo la confianza de acercarse y preguntarle acerca de su historia. En lo que se refiere a la familia paterna, asegura que nunca convivió con ellos.

Historia personal

Infancia

Como se mencionó anteriormente, la paciente es la única mujer y la más chica de los siete hijos que tuvo su madre. Sabe poco acerca de las condiciones en las que su madre se embarazó de ella, sin embargo menciona que antes de que naciera, sus padres perdieron a un bebé varón. Asegura que su madre le contó que cuando ella nació y le dijeron que era niña se sorprendió mucho, pues esperaba otro niño.

Recuerda que en su infancia su madre siempre trabajó y estaba poco en casa. La paciente creció bajo el cuidado de sus hermanos mayores, en donde hubo actos de negligencia y abuso por parte de los mismos, sin que alguno de sus padres interviniera en su defensa.

Relata dos eventos importantes; el primero a los 4 años cuando los dos hermanos anteriores a ella la tocaron en varias ocasiones; no especifica qué tipo de tocamientos, sin embargo dice que para ella fue muy incómodo y que cuando acudió con su madre y le externó lo que sucedía, la respuesta de ella fue: “eres una mentirosa, seguro tu lo provocaste”. La paciente recuerda que en esa época de su vida comenzó a presentar enuresis “porque no podía hablar de lo que estaba pasando”. Asegura que cuando mojaba la cama, su madre le gritaba a alguno de sus hermanos para que la cargara mientras ella cambiaba la ropa de cama.

La segunda escena que relata la paciente fue a los 5 años. Recuerda que estaba jugando a lavar la ropa con una prima y se cayó de la azotea mientras intentaba exprimir sus calcetines. No recuerda el accidente, sólo el momento previo a la caída y después haber oído los gritos de su madre cuando llegó la ambulancia. Menciona que no tuvo secuelas físicas importantes y que después de salir del hospital, fue canalizada a un Hospital Psiquiátrico Infantil público para descartar que la caída

hubiese sido a propósito. “No sé qué le dijeron a mamá, sólo recuerdo que me ponía unas gotitas en mi jugo de naranja en las mañanas”.

Asegura que siempre fue muy apegada a su madre. Dormían en la misma habitación (en camas separadas) hasta que estudió en la universidad. Relata que cuando era pequeña se ponía a pensar en las noches qué pasaría con ella si su madre muriera, fantasía que la angustiaba tanto que le impedía conciliar el sueño. Cuando esto sucedía, la paciente se pasaba a la cama de su madre y la abrazaba hasta quedarse dormida.

Vida escolar

A. entró a la primaria a los cinco años. Comenta que para que la aceptaran a esa edad, sus padres consiguieron un acta de nacimiento falsa que decía que tenía seis años. Siempre fue una buena estudiante, pues era responsable y respetuosa con sus maestros. A pesar de lo anterior, menciona que en ocasiones sus calificaciones bajaban un par de puntos porque las tareas que llevaba no estaban bien hechas. Asegura que en muchas ocasiones no entendía los temas o se quedaba con dudas en clase y le daba pena preguntar, pues pensaba que sus compañeros o incluso sus maestros podrían burlarse o juzgarla. En casa tampoco había alguien con quien se sintiera en confianza para acercarse y aclarar sus dudas.

Adolescencia

Se describe como la “niña buena que todos los maestros querían”. Relata que cuando estaba en segundo de secundaria tuvo a su primer novio. Refiere que “era todo lo contrario a mí”, pues menciona que no entraba a clases y constantemente tenía problemas escolares. Cuando pasó a tercero de secundaria, él ya no se inscribió al curso, pero continuaron juntos. “Siempre olía a solvente, yo le preguntaba si se drogaba pero él me aseguraba que no”.

La paciente menciona que su madre estaba en desacuerdo con la relación de pareja que tenía, pues decía que su novio era un “drogadicto irresponsable” y que si estaba con él era porque en algún momento iba a convertirse en eso o ya era de esa manera. Relata que tuvo muchas discusiones con su madre referentes a ese tema y una vez que terminaron la relación, su madre continuaba “atacándola”. Durante una

de esas discusiones, A. optó por encerrarse en un cuarto de la casa, ató una cuerda a los barrotes de la ventana, metió su cuello y se sentó. “Cuando me senté pasó algo muy raro, pasó como una película en mi cabeza. Veía a toda la gente que me quería: a mi familia, a mis amigos, a mi mamá, y entonces dije: ¡no!, y me levanté”.

Asegura que nunca compartió lo que había hecho con alguien, hasta que se internó la última vez en el hospital psiquiátrico.

La segunda pareja que tuvo, fue a los 17 años cuando estaba en el bachillerato. Era un sobrino de ella con quien comenzó a salir después de una comida familiar. Debido a la relación familiar que los unía, mantuvieron en secreto su unión los primeros meses, y fue hasta que su madre entró a su cuarto y encontró las cartas que él le escribía, que la familia se enteró del noviazgo. La madre de A. mostró inmediatamente su desacuerdo y le dijo que no podía continuar con él, demanda que la paciente ignoró, pues estaba “muy enamorada”. Cuando el resto de la familia se enteró de lo que estaba sucediendo, hubo una ruptura familiar.

La paciente asegura que “era el hombre perfecto”, ya que le escribía cartas, iba por ella a la escuela y la invitaba a salir. Con él tuvo su primera relación sexual, experiencia de la que recuerda que lo único que pensaba era: “ojalá que haya cumplido y le haya gustado”. Después de un año, la relación terminó. Esto llevó a A. a sentir una profunda tristeza. Señala que durante una pelea con su madre decidió subirse a la azotea de la casa con la idea de arrojararse. Recuerda los gritos de su madre y la desesperación que sentía en esos momentos. Asegura que poco a poco los vecinos fueron saliendo debido al ruido. Una persona cercana a ella que vivía en la zona fue quien subió y la calmó, convenciéndola de que no saltara.

Después de esta escena, la madre de la paciente decidió llevarla a un hospital psiquiátrico. A. relata que, durante los primeros meses de tratamiento, asistía acompañada por alguno de sus padres. Sin embargo, conforme pasó el tiempo, comenzó a ir sola y fue entonces que el psiquiatra encargado de su caso comenzó a tocarla. “Empezó agarrándome el cuello y los hombros como haciéndome masaje”. Esta situación la hizo sentir muy incómoda y decidió abandonar el tratamiento. Asegura que prefirió no contarle a su familia y en especial a su madre lo que había

sucedido con el médico, simplemente les dijo que había decidido dejar de asistir. Recuerda que, ante esta decisión, su madre la regañaba constantemente. “Otra vez mamá y sus reclamos. Me decía: ‘por eso estás así, porque nunca terminas las cosas y no las haces bien.’ Yo sólo la escuchaba y le decía que sí. Nunca le dije lo que había pasado con el doctor.”

Adulthood

La paciente entró a estudiar su licenciatura en una universidad pública de la Ciudad de México. En esa época, pero fuera del ambiente escolar, conoció al padre de su primer hijo. Relata que se embarazó en la segunda mitad de la carrera y, cuando se enteró su entonces pareja, se fue a vivir con ella a casa de su madre, a lo que ella refiere: “Se va a vivir con nosotras”.

Para la paciente fue difícil convertirse en madre. Asegura que la lactancia le costó mucho trabajo y no logró amamantar a su bebé; en el hospital le enseñaron varias alternativas para hacerlo, sin embargo, sentía que todas eran muy complicadas y que ella no era apta. Lo anterior la llevó a tener una crisis emocional que culminó en su primer internamiento en una Institución psiquiátrica del sector salud donde fue diagnosticada con “depresión posparto.”; lugar donde permaneció dos semanas.

Un año después del nacimiento de su hijo, A. se separó de su entonces pareja. Ella se quedó a vivir con su madre y él se fue de la casa. La paciente refiere que la causa por la cual terminó la relación fue porque se dio cuenta de que él le había robado dinero a ella y a su familia. Desde que empezaron a vivir juntos, la madre de A. le ofreció uno de sus puestos al padre de su nieto para que lo trabajara; aunado a esto, la paciente le entregaba todo su salario y él era quien administraba el dinero. Ella comenta: “Yo le entregaba toda mi quincena y él me daba para pasajes”. Cuando A. decide visitar el comercio, se da cuenta de que todo estaba vacío, y que el dinero que ella le daba no había sido utilizado para el negocio.

Tiempo después de haberse separado del padre de su primer hijo, A. comenzó una relación con un compañero de trabajo que era casado. Menciona que el romance duró poco tiempo, pues se sentía muy culpable.

Posteriormente, en ese mismo despacho conoció a su última pareja y padre de su segundo hijo. Relata que meses después de conocerse, ella recibió una oferta laboral foránea –oportunidad que además de brindarle mejores condiciones laborales y económicas– le ayudaría a alejarse de su madre. Sobre esto, ella refiere: “Lo vi como un escape de mi relación con mamá”. A pesar de haber renunciado, no aceptó esa oferta de trabajo.

Menciona que su pareja comenzó a pretenderla desde que la conoció. Cuando ella renunció al trabajo, él le llamaba diario a su casa y, a pesar de que ella no le tomaba la llamada, insistió durante un año. A ella le gustó esta insistencia, pues asegura que sintió que le importaba lo suficiente como para haber permanecido durante tanto tiempo. Comenzaron una relación y al poco tiempo él se fue a vivir con ella a casa de su madre. Desde que inició el noviazgo ambos acordaron que no frecuentarían a amigos y/o compañeros de trabajo, que sólo convivirían con las familias de ambos.

La paciente menciona que cuando él llegó a vivir con ella, “hizo una limpieza de mi clóset”; eligió las prendas que podría usar y las que no, por ser cortas o escotadas, las desechó.

“Esa fue una de las pocas cosas en las que mamá y él estaban de acuerdo”, comenta A.. Asegura que su madre tenía rivalidad con su pareja, pues cuando pasaba mucho tiempo con él, ella se molestaba y le hacía comentarios, tales como: “yo no sé qué haces con él, si eres independiente, no lo necesitas”.

Después de un tiempo de vivir en pareja, nace su segundo hijo. La madre de la paciente fue quien se encargó de cuidar a los niños desde un inicio: “mamá parecía la mamá de todos. Yo era como una hija más”. Asegura que sus hijos la veían como una hermana y no como una madre, pues su madre la regañaba incluso frente a ellos. Esta situación perduró hasta la muerte de la madre de A. en 2016.

La paciente asegura que desde hace dos años comenzó a tener problemas en su relación de pareja. Relata que su compañero comenzó a perder el interés y a actuar de manera extraña, “como si estuviera escondiendo algo o haciendo algo malo”.

Tuvieron múltiples peleas desencadenadas por celos de ambas partes, lo que hizo que la relación se deteriorara. Menciona que el año pasado la operaron y el tiempo que estuvo convaleciente no recibió apoyo y/o cuidados por parte de él, situación que la hizo sentir muy triste.

Aunado a lo anterior, la paciente refiere que, debido a su crisis de pareja, en octubre del año pasado decidió internarse nuevamente en el hospital psiquiátrico, pues sentía mucha tristeza y desesperación. “Me sentía tan desesperada que quería aventarme de la ventana y siempre pensaba que ya no quería estar aquí”. Estuvo internada durante dos semanas y medicada con fluoxetina y clonazepam, medicamentos que continuó tomando con seguimiento psiquiátrico saliendo del hospital. Actualmente, por indicaciones médicas, sólo toma fluoxetina (40 mg diarios).

Relata que cuando aún tomaba clonazepam “quedaba noqueada” y dormía profundamente. En esa etapa, despertó en diversas ocasiones con su pareja penetrándola; ella, desconcertada, le preguntaba qué estaba haciendo y él le respondía: “¡Qué! Te estoy haciendo el amor”. Lo anterior, aunado a la desconfianza que sentía por el cambio de actitud de su pareja, hicieron que, en diciembre de 2018, A. le pidiera que abandonara la casa.

Es importante mencionar que la paciente refiere haber tenido por lo menos seis abortos provocados en los últimos años: “Ya hasta perdí la cuenta.” Esto se debía a que su pareja actual le pedía que tuvieran relaciones sexuales sin protección y ella accedía.

Actualmente la relación que tiene con el padre de su segundo hijo es confusa, pues a pesar de que ya no viven juntos y de que ella se refiere a él como su expareja, siguen frecuentándose no sólo como padres de un hijo en común, sino como pareja.

Vida laboral

En lo que se refiere a su desarrollo profesional, la paciente ha logrado destacar en los lugares en los que ha laborado. Relata que en varias ocasiones pidió aumentos de sueldo y éstos le fueron otorgados. Sin embargo, renunció a dos trabajos en los

que le estaba yendo muy bien, porque su madre le dijo que no estaba de acuerdo en que siguiera laborando en ellos, debido a que, en uno de ellos, los viernes salía a cenar y a tomar con sus compañeros y, en el otro, tenía que viajar constantemente al interior de la República.

Asegura que además de los despachos en los que laboró al inicio de su ejercicio profesional, trabajó en una constructora en la que realizaban lavado de dinero. Permaneció ahí varios años debido al beneficio económico que obtenía por colaborar en los actos ilícitos. Señala que durante los años que trabajó en dicho lugar, remodeló la casa de su madre, construyó un departamento en ese terreno y mantenía a toda su familia. Decidió renunciar porque en los últimos meses de su labor ahí, no podía dormir debido a la angustia que le provocaba darse cuenta del riesgo en el que estaba involucrada.

Actualmente trabaja en un despacho familiar propiedad de conocidos de su pareja. De igual forma atiende clientes de manera particular. Menciona que le gustaría cambiarse a un trabajo que le permita mayor crecimiento profesional y económico, pero su pareja le dice que si lo hace descuidará a sus hijos.

Impresión diagnóstica

La paciente muestra una organización psíquica de tipo límite o *borderline*. Presenta fallas en su integración *yoica* y en su sentimiento de identidad, lo que dificulta la posibilidad de diferenciar entre el adentro y el afuera. Se le dificulta afrontar situaciones que considera apremiantes y reacciona ante las mismas con mecanismos primitivos que dificultan su adaptación al medio. Muestra dependencia hacia figuras importantes, como su madre o sus parejas, de quienes espera aprobación y protección absolutas, mismas que, cuando no consigue, pareciera que amenazan su propia existencia. Así mismo actúa de manera impulsiva, con pasajes al acto (intentos de suicidio) que ponen en riesgo su integridad física y su vida.

Recomendaciones. Indicación terapéutica

Psicoterapia con abordaje psicoanalítico dos veces por semana. Trabajar adherencia terapéutica al tratamiento psiquiátrico y hacer seguimiento de este.

Brindar contención y acompañamiento, con el fin de disminuir la posibilidad de que se presenten más pasajes al acto que pongan en riesgo su vida.

Formulación del caso

1. Diagnóstico

A., de 37 años, soltera, licenciatura concluida, trabaja en un despacho familiar y con clientes de manera particular.

Se siente triste y desesperada. En octubre de 2018 tuvo una crisis emocional que la llevó a internarse dos semanas en una institución pública de salud mental. Identifica como detonantes de su estado actual la muerte de su madre en 2016 y los conflictos en su última relación de pareja, mismos que culminaron en el fin del concubinato que mantenía en diciembre de 2018. De igual forma asegura que la tristeza la ha acompañado a lo largo de su vida. “Vivir sin saber quién soy [...] “vivir por vivir”.

Fue diagnosticada por primera vez con “depresión” a los 18 años, posteriormente con depresión posparto a los 21 años y nuevamente con depresión en el 2018. En las dos últimas ocasiones, permaneció internada durante dos semanas en una institución pública de salud mental y actualmente se encuentra en seguimiento médico ahí mismo. Toma 40 mg de fluoxetina diariamente.

Se observan fallas importantes en su integración *yóica* y en su sentimiento de identidad, mismas que la llevan a fundirse con el otro, dificultando así la diferenciación entre el mundo interno y el mundo externo. Se caracteriza por establecer vínculos de dependencia, en especial con sus parejas, lo cual es una repetición de la relación que tuvo con su madre a lo largo de su vida. Tiende a escindir a los objetos, por lo que en ocasiones los considera demasiado buenos y en otras malos y amenazantes. Cuando siente que alguna de sus relaciones cercanas está en riesgo, se angustia y actúa de manera impulsiva, llegando incluso a poner en riesgo su vida. Debido a lo anterior, el funcionamiento de la paciente puede considerarse predominantemente límite.

La tendencia que tiene la paciente de fundirse en el otro se puede observar desde edades tempranas y hasta los últimos tiempos. Pareciera que A. se pierde al unirse con el otro y, por lo tanto, su existencia queda a merced de la presencia de éste. Lo

anterior genera una angustia que sobrepasa en ocasiones a la paciente, pues cuando su fusión con el otro se pierde o se ve en peligro, su propia existencia es la que se ve amenazada. Esto puede observarse en frases de A., tales como “Cuando murió mamá no pude pararme de la cama en dos meses”.

2. Aspectos etiopatogénicos: ¿a qué se debe lo que le pasa al paciente?

Existen antecedentes de perturbaciones en la salud mental tanto en la madre como en el padre de la paciente. Su madre padecía “crisis emocionales” que le impedían salir de la cama y hacer su rutina habitual, motivo por el cual fue medicada en varias ocasiones con ansiolíticos. Por otro lado, el padre de A. se suicidó en 2008; la paciente desconoce si en algún momento fue diagnosticado con alguna perturbación mental, sin embargo, recuerda que en ocasiones se aislaba y lo veía “deprimido”.

La paciente creció rodeada de seis hermanos mayores, todos varones, quienes se encargaron de cuidarla. Existen antecedentes de negligencia y abuso en la vida infantil de A. por parte de sus hermanos, situaciones que, a pesar de haber sido del conocimiento de su madre, no tuvieron consecuencias ni generaron cambios en dicha dinámica.

La relación que la paciente mantuvo con su madre es un dato importante para resaltar. “Era una relación enfermiza, pero no nos soltábamos”. Durmieron juntas hasta que A. estudió la universidad y desde pequeña se preocupaba por lo que su madre pensaba o sentía con respecto a ella. “Me ponía lo que ella elegía para estar tranquila y evitar problemas”. En las noches se ponía a pensar qué pasaría con ella si su madre muriera y eso le quitaba el sueño continuamente. Relata que cuando era pequeña y su madre tenía problemas económicos, ella se angustiaba pensando cómo resolvería la situación, como si las dos fueran una sola. Durante la adolescencia la paciente intentó quitarse la vida en dos ocasiones, ambas después de haberse peleado con su madre. “A mis hermanos les pegaba, conmigo usaba sus palabras”.

En sus relaciones de pareja ha repetido el tipo de relación que tenía con su madre. En los últimos semestres de la universidad conoció al padre de su primer hijo, quien

meses después se fue a vivir con ella a casa de su madre. A pesar de que en ese entonces A. era una mujer que trabajaba y era económicamente independiente, no era capaz de tomar decisiones y éstas estaban a cargo de su madre y de su entonces pareja, a quienes además entregaba todo su dinero. Lo mismo sucedió con el padre de su segundo hijo y última pareja.

3. Aspectos terapéuticos

Se recomendó un abordaje psicoanalítico focalizado, pues a través de esta intervención la paciente comenzaría a rehistorizarse y a lograr una reestructuración psíquica. Se trabajó con sesiones de 45 minutos, dos veces por semana. Se proponen los siguientes focos terapéuticos:

- a. Adherencia al tratamiento psiquiátrico,
- b. contención y acompañamiento,
- c. disminuir la incidencia de pasajes al acto que pongan en riesgo su vida,
- d. favorecer la diferenciación,
- e. rehistorización.

Debido a que en diversas ocasiones A. ha externado no saber quién es, es pertinente impulsar un trabajo analítico, a partir del cual ella pueda hacer un recorrido por su historia y lograr con esto, una mejora en su sentimiento de identidad y de existencia. Al convertirse en su propia biógrafa, es probable que pueda aprehenderse a la vida desde una posición subjetiva diferente y con el paso del tiempo disminuya su sufrimiento psíquico.

El motivo por el cual se decidió trabajar dos veces por semana, a pesar de que esta frecuencia de sesiones no es algo común en el centro comunitario, es debido a que la paciente requiere una contención a nivel emocional importante. El nivel de ansiedad y angustia que presente es muy alto y el desbordamiento afectivo la ha llevado previamente a intentos de suicidio.

Es probable que A. muestre dependencia a nivel transferencial, lo cual será necesario para que pueda sostenerse en el trabajo psicoterapéutico, pero llegado el momento será un aspecto importante para análisis.

Así mismo, se espera que el hecho de trabajar la diferenciación sea un motivo de resistencia, pues la fusión con el otro, a pesar de causarle sufrimiento, tiene la función de apuntalar a la paciente en su cotidianeidad.

Es importante mencionar que la paciente ha mostrado recursos psíquicos importantes que le permitirán realizar un trabajo como el que se planteó anteriormente. Tiene capacidad de introspección, además de que su nivel académico e intelectual facilitan su capacidad de análisis.

4. Evolución

Durante los primeros meses de tratamiento, la paciente se mostró comprometida y motivada con el trabajo terapéutico. Comenzó a recordar escenas de su vida infantil que tenía olvidadas. Así mismo empezó a cuestionar sus relaciones cercanas y cómo éstas habían afectado su estado anímico a lo largo de su vida. Identificó algunas de las repeticiones que había tenido, sobre todo en lo referente a sus relaciones afectivas.

Es importante destacar que, a partir de las intervenciones realizadas (clarificación, confrontación e interpretación) A. comenzó un proceso de diferenciación y, como era de esperarse, comenzó a haber resistencia hacia el tratamiento.

Así mismo, durante los meses que duró el tratamiento, los pasajes al acto de la paciente disminuyeron considerablemente y no se presentaron intentos de suicidio.

En el apartado de resultados y discusión, se ahondará más acerca de los posibles motivos por los cuales la paciente interrumpió su tratamiento.

Análisis de categorías y referencias empíricas

1. Función materna

Como se mencionó en el apartado teórico, Winnicott (1990) plantea que la función materna debe de ser suficientemente buena para que el bebé pueda tener un adecuado desarrollo psíquico que le permita pasar de un estado de fusión y de dependencia absoluta con la madre, a un estado de independencia. En caso de que la función materna no cumpla con lo que el infante medianamente requiere, pueden presentarse alteraciones importantes en el desarrollo psíquico del mismo, dando como resultado desequilibrios en la personalidad.

Desde el inicio del tratamiento con A. se observó una problemática importante referente a su sentimiento de existencia. Llamó la atención la tendencia a fusionarse con el otro y el sufrimiento que refería cuando, por alguna razón, dicha fusión se veía amenazada; por momentos parecía como si su propia existencia dependiera de la mirada que el otro ponía sobre ella.

A continuación se realizará un análisis de contenido para explicar cómo las fallas de la función materna durante los primeros años de vida de la paciente, derivaron en una falla de su estructuración psíquica.

De acuerdo con el relato de la paciente, desde los primeros momentos de su vida hubo una carencia importante con relación a la presencia y a los cuidados que su madre tenía con ella. Aunque es importante recalcar que la función materna no necesariamente tiene que ser llevada a cabo por la madre biológica, en el caso de A. pareciera que no existió un objeto constante que le permitiera tener las sensaciones de satisfacción necesarias para lograr una introyección adecuada del objeto materno.

Sesión 1

“Mamá trabajaba y desde que nací los que me cuidaban eran dos de mis hermanos”.

Sesión 2

“Cuando tenía 4 ó 5 años me caí de la azotea. Recuerdo que estaba jugando a lavar ropa con una de mis primas y me acerqué a la esquina para exprimir uno de mis calcetines. De ahí ya no me acuerdo hasta que estaba en una ambulancia”.

“Se supone que mis hermanos me cuidaban, pero ellos se encerraban con sus novias y yo me quedaba sola”.

Desde las entrevistas iniciales con A., se pudo notar la manera en la que hablaba acerca de su madre. Respondía a las preguntas de la terapeuta, haciendo alusión a lo que su madre hacía o le decía; llegando incluso a conjugarse en plural, como si ambas fueran en realidad una sola.

Sesión 1

“Teníamos una relación tóxica, pero no nos soltábamos”

Sesión 2

“A los 23 años trabajé en un despacho donde me iba muy bien, me gustaba lo que hacía y tenía amigos, pero a mamá no le gustaba que llegara tarde o que saliera los viernes con mis amigos y me dijo que tenía que renunciar”.

La paciente declinó varios trabajos debido a que su madre no estaba de acuerdo con los mismos. Llama la atención la dificultad de A. para pensar en alternativas diferentes a las desplegadas en el discurso materno, como si no tuviera la posibilidad de cuestionar el mismo y generar uno propio.

Sesión 2

“Después de que murió mamá, cuando salía a desayunar con mamás de la escuela de mis hijos me sentía muy culpable, venía a mi cabeza mamá diciéndome que yo tenía que estar en mi casa. No puedo ni siquiera hacer un caldo de pollo si no es

como ella me enseñó, porque viene el reproche de que no estoy alimentando a mis hijos como se debe”.

Otro de los aspectos a resaltar es que en ocasiones la paciente hablaba de su madre en presente, como si aún estuviera viva, a pesar de que había muerto tres años atrás.

Sesión 3

“Desde que murió mamá no he movido nada de su cuarto. Lo tengo exactamente como ella lo dejó, a excepción de un ropero que no me gustaba, pero no he movido nada porque a ella no le gusta... no le gustaba que agarraran sus cosas o que estuviera gente en su cuarto”.

“Mamá tiene muchos trastes, esos me los quedé aunque no los uso”.

Con el paso de las entrevistas, la paciente comenzó a hablar acerca de la violencia que su madre ejercía con ella.

Sesión 5

“A mí nunca me pegó. A mis hermanos les pegaba con el cable de la cafetera, conmigo usaba sus palabras.”

Sesión 8

“Nunca me exigió nada, sólo que hiciera lo que ella quería.”

Sesión 12

“Llegó un momento en el que mejor me ponía lo que ella elegía para evitar problemas.”

Lo anterior nos remite a lo que pareciera ser una dificultad importante en la madre para diferenciar a su hija de ella misma y viceversa.

Recordemos que de acuerdo con Winnicott (1990) una de las funciones primordiales de la díada madre-bebé, es el sentimiento de unidad que posibilita dicha fusión. No

obstante, cuando ésta se presenta o perdura en momentos posteriores del desarrollo, se convierte en un factor que interfiere en la constitución psíquica del individuo.

Se observa un fallo importante en el sentimiento de identidad de A. Es probable que su tendencia a fusionarse con los otros, sea un mecanismo compensatorio que le permite sobrellevar el sufrimiento derivado de dicha falla.

Sesión 5

“Cuando robaba sus medicamentos y los tomaba era el mismo efecto que el de la aspirina con la coca. No sentía nada, no había dolor”

“Dolor de no encontrarme a mí misma, como vivir nada más por vivir”.

La paciente experimentaba episodios de angustia muy intensos cuando percibía que la fusión que mantenía con el otro podía estar amenazada, displacer relacionado con la amenaza a su propia existencia.

Sesión 2

“Cuando mamá murió estuve tres meses en cama, no podía levantarme”.

Sesión 6

“Tuve que haberme separado de ella y volar. Desde que murió mamá siento que no puedo hacer las cosas sola, sin respaldo.”

Sesión 16

“Siempre hacía las cosas con permiso de mamá, porque cuando se enojaba era horrible, era devastador.”

“A veces no quería acompañarla al centro, me daba flojera y prefería quedarme viendo la tele, pero si le decía eso entonces ella me decía que iría sola, pero que iba a comprar un juguete y se lo iba a dar a otro niño; entonces ya le decía: ¡no, sí voy! Sentía muy feo, como si me fuera a cambiar”.

Sesión 21

“Cuando murió mamá veía la caja y pensaba: por qué no me llevaste contigo, yo debería de estar ahí contigo. Esa sensación la tengo seguido, pero en esa ocasión fue muy fuerte.”

A. tuvo dos intentos de suicidio durante su adolescencia, ambos precedidos de peleas muy intensas con su madre, en las cuales ésta le reprochaba haber tomado decisiones en las que no estaba de acuerdo y la llamaba “mala hija”.

A lo largo del trabajo psicoterapéutico y como resultado de intervenciones clínicas como la clarificación, la confrontación y la interpretación, la paciente identificó que dichos episodios eran percibidos por ella como un retiro del amor materno, como si el hecho de pensar de manera diferente de su madre, implicara una violación al acuerdo inconsciente de ambas: ser una sola.

Sesión 26

“A pesar de que yo ya tenía a mi hijo y que yo era la que trabajaba y mantenía la casa, seguía sintiéndome protegida por ella. Si algo malo pasaba pensaba que ella lo iba a solucionar. Cuando me criticaba o decía que era una mala hija yo decía: entonces de qué sirve todo lo que hago, de qué sirvo yo.”

“Si yo pensaba o sentía algo, ella me decía que no y discutíamos. ¿Entonces lo que yo siento y mi palabra dónde quedan? Me sentía muy triste, como si por eso ella ya no me quisiera”.

Pareciera que debido a la fusión que A. tenía con su madre, su sentimiento de existencia dependía de la presencia y aprobación que esta última le brindaba, motivo por el cual había una sensación de amenaza cada vez que la paciente percibía su rechazo.

Sesión 28

“Cuando mamá me empezaba a decir cosas o a manipular, siempre pensaba: por qué no te mueres, pero luego decía: ¡no! ¿Qué voy a hacer si ella ya no está?”.

La dificultad de A. para pensarse como un sujeto separado de su madre fue uno de los temas principales en el trabajo psicoterapéutico. Parte importante de las intervenciones fueron encaminadas a fomentar la diferenciación entre ella y su madre.

Sesión 29

“Ayer desocupé el local que tenía como bodega con cosas de mamá. Sentí miedo, pero aún así lo hice. Me dio mucha culpa sacar sus cosas, me quedé sólo con lo indispensable y lo demás lo repartí y lo tiré”.

“Me di cuenta que tenía cosas en mi casa que eran de ella y que ni siquiera me gustan”.

“Si me está viendo ha de decir: ¡esa canija!”.

A pesar de que su madre tenía tres años de haber muerto, la paciente mantenía su casa con los objetos que su madre había dejado. El haberse desprendido de dichos objetos, indica un logro terapéutico importante.

2. Organización límite

Escisión

Green (1990) y Kernberg (1990) aseguran que la escisión es el mecanismo defensivo característico de las personas con funcionamiento limítrofe o fronterizo. Señalan que la desintegración es la manera en la que el yo en formación se defiende al inicio de la vida psíquica, pero con el paso del tiempo, lo esperado es que el sujeto comience a usar mecanismos defensivos más elaborados.

Durante las entrevistas iniciales con A. llamó la atención la ambivalencia con la cual hablaba de su madre, ya que pareciera que por momentos se refería a ella como un objeto medular en su vida, del cual dependía en gran medida su sensación de

seguridad y de tranquilidad; mientras que por otros se refería a ella como un objeto agresivo y persecutorio que coartaba sus intentos de independencia. Lo anterior nos remite a los mecanismos defensivos de escisión e idealización primitiva expuestos por Kernberg (1985) en el capítulo tres de este trabajo.

Sesión 1

“Cuando mamá murió me daba mucho miedo hacer las cosas sola, sin respaldo”.

Sesión 2

“Era muy angustiante dormir con mamá. A veces no podía dormir pensando que algo malo podría pasarle a ella y no sabía que sería de mi vida sin mamá”.

Durante el trabajo de supervisión, se llegó a la hipótesis de que el miedo que tenía A. de que su madre muriera, era un deseo de ser ella misma quien la matara dentro de su fantasía, deseo que generaba mucha angustia al momento de devenir consciente.

Recordemos que Green (1990) explica que, en los pacientes fronterizos, la posibilidad de representar y de simbolizar es limitada debido a que los nexos entre representación y afecto se encuentran destruidos. Es por esto que el mecanismo privilegiado en este tipo de funcionamiento psíquico es la escisión. Debido a lo anterior, existen sensaciones de gran amenaza cuando estos elementos retornan de manera desligada a la consciencia.

Sesión 18

“Siempre pensaba en lo malo que podía llegar a pasarle y no sabía qué iba a hacer sola.”

Sesión 16

“Solo saber que ella estaba me calmaba. Sabía que todo iba a estar bien. Si tenía un problema se lo contaba y sólo escuchar su voz me tranquilizaba”.

Sesión 28

“Cuando mamá me empezaba a decir cosas o a manipular siempre pensaba: por qué no te mueres, pero luego decía: ¡no! ¿Qué voy a hacer si ella ya no está?”.

La escisión y la idealización primitiva no eran mecanismos exclusivos del vínculo de A. con su madre, ya que, a lo largo de las sesiones, a partir de intervenciones como la confrontación y la clarificación, la paciente pudo identificar que la manera en la que percibía a sus parejas y a algunas personas significativas de su entorno era similar: los veía como totalmente buenos o malos.

Fusión con el otro y dependencia

Otra de las características del funcionamiento psíquico de A. era su tendencia a fusionarse con otro u otros. En el apartado de la categoría de “función materna”, se habló de la dificultad de A. para diferenciarse del otro y se retomó la postura de Winnicott (1990) acerca de cómo la fusión de la madre con su bebé durante los primeros momentos de la vida, tiene como resultado el establecimiento del sentimiento de unidad, base indispensable para lo que después se convertirá en la experiencia de ser del sujeto.

Con relación a lo anterior, Kernberg (1990) plantea que lo esperado en el desarrollo estructural de una persona es que logre integrar las imágenes de sí mismo y las imágenes objetales como entes distintos; sin embargo el autor asegura que en los pacientes con organización límite es probable que una excesiva frustración de necesidades tempranas sea la principal causa de esta falta de diferenciación, ya que la persona busca hacer una fusión regresiva para conservar o recuperar la gratificación que le fue negada.

Lerner (2007) también especifica que existe una marcada necesidad de dependencia en los pacientes con organización límite.

De acuerdo con lo anterior, es probable que el hecho de que la paciente se fusionara con objetos significativos de su entorno, pudiera ser entendido como una cuestión compensatoria derivada de fallas importantes en el establecimiento del sentimiento de unidad en los primeros momentos de su vida.

Sesión 2

“Cuando empezó mi relación con O. hablamos y dijimos que ninguno de los dos saldría con nadie y dejaríamos de tener amigos. Con eso pensé que nunca conocería a alguien más”.

“Cuando llegó a vivir a la casa, hizo una selección de mi ropa, dejó sólo la que podía usar y toda la demás la sacó. Yo sólo me vestía con lo que él elegía para mí”.

Sesión 3

“Teníamos una relación enfermiza, pero no nos soltábamos”.

Sesión 4

“Siempre ha habido alguien a quien me pego. Cuando entré a la universidad tuve la suerte de que en mi salón estaba una amiga de la prepa, si no hubiera sido porque estaba con ella, no hubiera terminado.”

“Yo creo que si ella me hubiera dicho: tengo que darme de baja un semestre, yo le hubiera dicho que la esperaba”.

Pareciera como si por momentos A. perdiera la posibilidad de diferenciarse de los demás y no pudiera darle un espacio propio a su pensamiento ni a su deseo.

Diferenciación yo / no yo

Sesión 14

“Desde que era niña, cada vez que escuchaba a mi mamá hablar de sus problemas me angustiaba mucho y pensaba: tenemos que resolver eso, como si sus problemas fueran míos”.

Parte importante de las intervenciones que se realizaron con A. fueron encaminadas a ayudarla a diferenciarse del discurso de los demás, pues en diversas ocasiones contestaba a las preguntas que se le hacían durante la sesión, de acuerdo con lo que su madre o su pareja decían. A partir de intervenciones de clarificación, se

hacía la diferencia entre lo que ellos pensaban y lo que ella tenía que decir al respecto.

Sesión 14

“Me he puesto a pensar en todas las veces en las que la he regado. Mamá decía que en tener un hijo a temprana edad; O. dice que lo que me faltó fueron unas nalgadas cuando hacía berrinches”.

Sesión 21

“Siempre busco la aprobación y la sensación de protección. Es como si necesitara que alguien me diera luz verde. Cuando mamá vivía, era ella quien hacía eso”.

Esta falta de diferenciación entre ella y los otros llegó a ser tan aguda, que la paciente tenía dificultades para integrar la imagen de su propio cuerpo desde la adolescencia, problemática que perduró hasta su vida adulta y que derivó en un trastorno alimenticio.

Sesión 23

“Cuando era adolescente entré a un laberinto de espejos y recuerdo que me sentí muy mal porque al verme en los espejos me sentía muy insegura y buscaba encontrar los defectos que mi mamá y mis hermanos me decían. Me miraba y lo único que veía era lo que ellos me decían”.

“Antes sólo pensaba en eso y eran cosas que me decían en mi casa. Mi mamá me decía: yo a tu edad ya tenía tres hijos y tenía cuerpo como si no tuviera. Entonces yo pensaba: ¿entonces cómo estaré yo?”

Con el paso de las sesiones y a partir de diversas confrontaciones e interpretaciones, A. comenzó a cuestionar discursos ajenos que previamente había adoptado como propios.

Sesión 12

“O. me llamó por video y me estaba probando un vestido para la boda de mi amiga. Empezó a decirme que no le gustaba el vestido y que estaba muy corto y le contesté que a mi no me parecía corto y que me gustaba cómo me veía”.

Sesión 37

“Para mí era normal que mamá me dijera qué hacer, yo antes pensaba que esa era su forma de expresar que era importante para ella, pero desde que llegué aquí no estoy tan segura”.

Sesión 40

“Me siento como cuando un niño se pierde en un mercado. ¿Qué voy a hacer?”

“Siempre he necesitado estar con alguien. Tal vez por eso ahora prefiero encerrarme y aislarme, para no tener que salir y enfrentar ese miedo. Justo así me siento, como ese niño perdido. Eso es lo que he estado tratando de explicar todo este tiempo”.

Retomando lo anterior, es posible deducir que parte importante del dolor psíquico expresado por la paciente esté relacionado con una perturbación en su sentimiento de identidad. Lo anterior, es una de las características que Lerner (2007) atribuye a las denominadas “patologías narcisistas”, dentro de las cuales ubica a las organizaciones fronterizas.

Sesión 5

“Cuando era pequeña mamá tenía crisis en las que no comía y no dormía y la medicaron. Yo me robaba sus pastillas y cuando me las tomaba era el mismo efecto que sentía cuando tomaba coca con aspirina: no sentía nada, no había dolor”.

“Dolor de no encontrarme a mí misma, como vivir nada más por vivir”.

Sesión 21

“Lo que quiero es no sentir nada, no tener que preocuparme.”

3. Miedo al derrumbe

El concepto de madre suficientemente buena planteado por Winnicott (1990), propuesta central de este trabajo, habla de una madre capaz de satisfacer las necesidades de su bebé, adaptándose a la etapa de desarrollo en el que éste se encuentre. El término no alude a una madre omnipotente capaz de saciar todas y cada una de las demandas del infante.

La posibilidad de que la madre falle es esencial para el desarrollo psíquico del bebé. Sin embargo, cuando las fallas se presentan antes de que el infante esté preparado para ellas, como sería el caso de la etapa de dependencia absoluta o, cuando dichas fallas son una constante en el intercambio madre-bebé, Winnicott (1990) asegura que el proceso de maduración puede verse afectado de manera importante y derivar así, en una inestabilidad de la estructura de la personalidad.

Una de las posibles consecuencias de que un infante no reciba los cuidados necesarios por parte de un adulto, de acuerdo con Winnicott (1990), es que exista una falla en la integración psíquica o que devenga una desintegración a partir de un estado de integración, lo que deriva en una de las angustias más básicas de la infancia.

Durante las sesiones terapéuticas, la paciente habló de diversas escenas de su vida en las cuales experimentó momentos de angustia tan elevados, que nos remiten a las agonías primitivas planteadas por Winnicott (1989) relacionadas con el miedo al derrumbe.

Sesión 2

“Después de que murió mamá estuve dos meses en cama, no podía levantarme, no podía hacer nada. Sentía que no iba a poder sola con la vida”.

En el caso de la muerte de su madre, pareciera como si la paciente hubiera experimentado una agonía tal, que la llevó a desinvertir el mundo exterior, interrumpiendo así su contacto con el mismo. Menciona incluso que el cuidado de sus hijos fue subrogado a su pareja, pues ella se limitaba a darles dinero para que

compraran alimentos preparados cuando no había un adulto en casa que pudiera alimentarlos.

La muerte de su madre no fue el único momento en el que pareciera que A. experimentó la sensación de derrumbe. La amenaza de desprenderse de objetos significativos con los cuales se fusionaba, como sería el caso de su madre, de sus parejas y de su madrina, la llevaron a pasajes al acto donde en diversas ocasiones puso en riesgo su vida.

Sesión 1

“O. y yo estábamos peleando, forcejamos porque no quería darme su celular. Cuando lo tenía corrí al baño para encerrarme y poder verlo, pero él entró y con tal de que no viera los mensajes, aventó el teléfono al agua del escusado. Me sentí tan mal que lo único que vino a mi mente fue que ya no quería estar aquí, agarré las llaves de la azotea y quería subir y aventarme”.

De acuerdo con lo anterior, pareciera que el derrumbe se presentó ante la amenaza percibida por la paciente de perder el amor de su pareja.

En el apartado anterior, se mencionó que la paciente tuvo dos intentos de suicidio en la adolescencia. Un elemento importante a resaltar de estos dos episodios, es que ambos fueron precedidos por peleas muy intensas entre ella y su madre. La paciente relató que en dichos momentos sentía que no podía seguir escuchando los reproches maternos y que debido a esto, optó por intentar quitarse la vida.

Sesión 5

1º intento de suicidio (14 años)

“Mamá no estaba de acuerdo con mi relación con J. siempre me regañaba. Cuando terminó conmigo yo me sentía muy mal y mamá comenzó a reclamarme como siempre. Decidí encerrarme en mi cuarto, até una cuerda a los barrotes de la ventana, me puse la cuerda en el cuello y me senté. No puse banco ni nada. En ese momento pasó como una película en mi cabeza, empecé a ver a toda la gente que me quería y me levanté”.

2º intento de suicidio (17 años)

“Mamá se puso a revisar mis cosas y así se enteró de mi relación con A. Se enojó mucho conmigo y comenzó a reclamarme. Nunca me pegó, a mis hermanos les pegaba con el cable de la cafetera, conmigo usaba sus palabras”.

“Siempre mamá y sus reclamos. Ya no podía y entonces me subí a la azotea y me iba a aventar. Solo recuerdo que los gritos de mamá eran tantos que salieron los vecinos”.

Como parte del trabajo psicoterapéutico, la paciente identificó que los comentarios que su madre le hacía en los cuales la descalificaba como hija, eran percibidos por ella como momentos en los que su madre le retiraba el amor. Ante la pérdida del amor materno, el yo de A. se veía amenazado y por eso experimentaba el derrumbe planteado por Winnicott (1989).

A partir de lo anterior, es posible deducir que, durante los primeros años de vida de la paciente, existieron fallas importantes en su ambiente protector, derivando con esto en una labilidad psíquica que se hacía evidente cuando A. se enfrentaba a situaciones apremiantes, momentos donde su estructura defensiva se veía coartada y devenía la sensación de derrumbe.

Es importante recordar que el autor recalca que el miedo clínico al derrumbe es el miedo a un derrumbe ya experimentado en los inicios de la vida, derivado de una falla original del ambiente facilitador. Lo anterior sustenta la hipótesis clínica de que la paciente experimentó fallas importantes en la función materna durante su proceso de desarrollo

Sesión 40

“Si mi mamá estuviera viva, ya me hubiera matado con sus palabras”.

Sesión 43

“Volví a repetir lo mismo, mi madrina ya no me habla y está muy enojada. No vine la sesión pasada porque no quería, no quería hacer nada. Estuve toda la semana acostada. No tengo ganas de hacer nada”.

Resultados y conclusión

Estudiar la manera en la que se constituye la personalidad a partir de una postura psicoanalítica, nos remite indudablemente a pensar en el papel del ambiente durante la puesta en vida del aparato psíquico.

Una de las propuestas características del pensamiento psicoanalítico, es el estudio de la constitución del sujeto a partir de los vínculos primitivos de su historia, especialmente del lazo establecido entre el bebé y un otro.

Ese otro, que acompaña al bebé y lo apuntala libidinalmente, es la función materna. Papel que no se refiere a una madre que da a luz a su hijo de manera biológica, sino que se entiende como todo aquello que hace ese otro que cuida, protege, alimenta e inviste libidinalmente al bebé, para que además de un organismo biológico, haya posibilidad de que se establezca la vida psíquica.

Uno de los psicoanalistas que centra su teoría en la función del otro durante la constitución psíquica es Winnicott (1990), quien nos dice que la integración del psiquismo no puede darse sin la participación de un ser humano que sostenga y cuide del bebé. De esta función, dependerá en gran medida el futuro devenir del sujeto.

Retomando lo anterior, el autor asegura que las tareas principales de la función materna son la integración del yo, el establecimiento de la psique en el cuerpo y la formación de relaciones objetales.

En el caso que se presenta en este trabajo de investigación, se observan fallas importantes en las tres, pero sobre todo en la integración yóica y en la posibilidad de la paciente para diferenciar entre su mundo interno y el mundo externo.

Green (1990) nos recuerda que una de las características principales para identificar el funcionamiento *borderline*, es la relación que la persona tiene con el principio de realidad, ya que éste no puede establecerse de manera satisfactoria sin que exista

una diferencia entre el adentro y el afuera, es decir, sin que exista la internalización del objeto, y con ésto, el establecimiento del *self*.

Como posibles causas de la problemática presentada por la paciente, retomamos a Winnicott (1990), quien plantea que el sostenimiento del ambiente, en este caso, la función materna, es lo que permite la integración del yo del bebé.

Es imposible conocer las faltas específicas que A. sufrió durante sus primeros años de vida, pero pueden deducirse a partir de dos cosas: el relato que hace de su historia durante las sesiones terapéuticas, y los síntomas que se observan y la aquejan.

Una de las quejas más recurrentes que externaba la paciente, era el dolor que sentía por “no saber quién era”, por “vivir por vivir”; sensación que la hacía pensar en ya no querer seguir viviendo. Lo anterior nos remite a la *experiencia de ser* que Winnicott (1990) señala como resultado del apuntalamiento que la madre tiene con su bebé. Recordemos:

[...] lo esencial es la más simple de todas las experiencias, aquella basada en el contacto en la ausencia de actividad, en la cual existe un espacio para el sentimiento de unidad entre dos personas que en realidad son dos y no una sola. Estas cosas le dan al bebé la oportunidad de ser, a partir de la cual puede surgir a continuación todo lo que tiene que ver con la acción y con la integración. Aquí está la base para lo que gradualmente se convierte, para el niño, en la experiencia de ser (Winnicott, 1990, p. 24).

Cabe mencionar que el sufrimiento expresado por la paciente era muy intenso. Se percibía mucha angustia y dolor en su relato. Y es que cómo no sufrir cuando la sensación de existencia es tan volátil.

Recapitemos la explicación de Lerner (2007) con respecto a que la problemática central del funcionamiento límite, es una perturbación en el sentimiento de identidad, derivada de la forma en la que el yo incipiente del individuo fue investido durante los primeros momentos de su vida.

Tomando en cuenta lo anterior, podemos deducir que existieron fallas ambientales prematuras y constantes durante los primeros años de vida de la paciente, que interfirieron en el adecuado desarrollo de su psiquismo, específicamente en su estructuración *yóica*. Lo anterior dio como resultado el uso de mecanismos de defensa en su mayoría primitivos, específicamente la escisión; la presencia de estados de angustia constantes posiblemente ligados a una limitada capacidad de simbolizar y representar, así como una perturbación importante en el sentido de identidad de la paciente.

Como consecuencia de dichas fallas, A. presenta una dificultad importante para diferenciar la imagen de sí misma y la de los objetos externos, motivo por el cual tiende a fusionarse con otros, en lo que probablemente sea un acto regresivo en el que intenta recuperar la gratificación que no tuvo, o fue insuficiente, en los inicios de su vida.

Lo anterior es una de las principales causas del sufrimiento que refiere la paciente. Como se mencionó en el capítulo previo, A. adhiere su existencia a la del otro con quien se fusiona, y cuando éste se va o amenaza con irse, se observa aquello que Winnicott (1989) postula como agonías primitivas.

Además de situar la tendencia a fusionarse de la paciente como un acto defensivo ante la experiencia de un ambiente que no logró sostenerla de manera efectiva, se observa una dificultad para integrar introyecciones e identificaciones positivas y negativas, motivo por el cual, el mecanismo defensivo de A. es, predominantemente la escisión.

El uso de la escisión como mecanismo privilegiado, puede ser uno de los motivos por los cuales la paciente tenía sensaciones de amenaza y angustia muy intensas cuando alguno de los elementos escindidos llegaba a la conciencia, como sería el caso de los momentos en los que pensaba en la posibilidad de que su madre muriera, deseo que, al devenir consciente, le provocaba una gran angustia.

En el apartado donde se analizó la categoría de *funcionamiento límite*, se planteó el uso de la escisión y de la idealización primitiva como los mecanismos predominantes del proceder psíquico de A. Recordemos que Kernberg (1990) hace hincapié en que durante los inicios de la vida, la desintegración de las introyecciones e identificaciones, es una defensa útil para el yo en formación del infante, pero que en el caso de los pacientes *borderline*, el uso de este mecanismo se vuelve patológico porque, al instalarse como un modo de funcionamiento posterior, interfiere con el desarrollo de mecanismos defensivos más elaborados.

Entonces, retomando los focos terapéuticos seleccionados para el trabajo con la paciente (adherencia al tratamiento psiquiátrico, contención y acompañamiento, disminución de pasajes al acto, favorecer la diferenciación y rehistorización), se puede concluir que, durante los nueve meses de trabajo, se alcanzaron logros importantes.

Recordemos que en la *formulación del caso*, se planteó que A. era una paciente con una capacidad intelectual adecuada y con la posibilidad de hacer trabajo de introspección, características esenciales para un trabajo psicoterapéutico.

Se logró adherencia terapéutica al tratamiento psiquiátrico. Cada vez que la paciente tenía citas de seguimiento en el hospital, se le solicitó copia de su carnet. Durante algunas sesiones, sobre todo al inicio del tratamiento, se retomó la importancia de que continuara con el tratamiento médico. Se hizo hincapié en el hecho de que el seguimiento psiquiátrico era parte complementaria del trabajo terapéutico.

Los primeros meses de psicoterapia se centraron en brindarle contención y acompañamiento a la paciente, pues debido a los antecedentes recientes de conductas de riesgo, se le dio prioridad a la escucha y a la posibilidad de que A. hiciera catarsis en un ambiente neutral y seguro para ella.

Debido a lo anterior, la ideación suicida disminuyó notablemente, mientras que los intentos de suicidio fueron nulos durante los meses que la paciente acudió a las sesiones.

En lo que se refiere al proceso de diferenciación, las intervenciones estuvieron dirigidas desde un inicio a clarificar y confrontar su discurso cuando llegaba a conjugarse en plural, y/o cuando respondía a preguntas haciendo referencia a lo que su madre o sus parejas le decían.

A partir de lo anterior, A. comenzó a hablar de sí misma y de sus experiencias. Comenzó a cuestionar discursos ajenos, lo cual favoreció el proceso terapéutico y abrió la posibilidad de que comenzara un proceso de rehistorización. Sin embargo, es probable que debido a que comenzó a diferenciarse, aumentó la resistencia al tratamiento, lo que derivó en la interrupción de este después de nueve meses de trabajo.

Para finalizar, es importante mencionar las limitaciones que tuvo este trabajo. ¿Qué faltó explorar? ¿Qué quedó pendiente?

Primero que nada, el caso de A. fue considerado grave desde un inicio. Cuando se presentó la información recabada de la primera entrevista en la supervisión grupal del centro comunitario, se hicieron cuestionamientos importantes con relación a la gravedad y complejidad del caso.

Se discutió la posibilidad de derivar a la paciente a otra institución debido a sus recientes intentos de suicidio. Como contraparte, se argumentó la importancia de brindarle el espacio que ella misma había solicitado y se corroboró que estuviera teniendo un seguimiento psiquiátrico. Posteriormente se planteó el tipo de intervención y se acordó trabajar con ella dos veces por semana, encuadre poco común en el centro comunitario, pero necesario por la gravedad del caso.

Como se plasmó en el apartado de análisis de categorías y referencias empíricas, la relación de A. con su madre fue uno de los temas más trabajados durante el abordaje psicoterapéutico. Sin embargo, la relación de la paciente con su padre y el suicidio de éste, fueron temas que A. mencionó únicamente en las entrevistas iniciales.

Lo anterior fue uno de los principales temas que quedaron pendientes por explorar y trabajar. Hubiera sido importante indagar acerca del impacto que tuvo en A. la muerte de su padre por suicidio, así como los efectos de este hecho en su vida adulta e incluso en su propia ideación suicida.

La dependencia con su entonces pareja y la violencia psicológica y sexual que existía en dicha relación fue otro de los temas que quedaron en el tintero. A pesar de que en un par de ocasiones se le confrontó acerca de la manera en la que ella era violentada, el tema fue poco trabajado.

Otra de las limitaciones durante el proceso fue el no haber tenido contacto con el médico psiquiatra encargado del caso de A. Lo anterior fue debido a que en la institución de salud mental a la que acudía para recibir el seguimiento médico, no tenía un psiquiatra fijo, sino que en cada visita era recibida por alguien diferente.

Además de lo anterior, me parece que la resistencia que se generó cuando la paciente comenzó a diferenciarse de su madre, pasó desapercibida en un primer momento y no se trabajó lo suficiente durante las sesiones. Habría sido importante hablar acerca de su sentir al pensarse y sentirse separada de su madre.

En la formulación del caso, se planteó que parte importante del trabajo con A. sería la posibilidad de que la paciente hiciera una rehistorización de su vida y lograra una reestructuración psíquica. Considero que lo primero se logró hasta cierto punto, pues al comenzar a cuestionar los discursos que le habían sido impuestos, la paciente comenzó a pensarse de una manera diferente. Sin embargo en un caso como este, considerado grave, la reestructuración psíquica es un objetivo a largo plazo, imposible de conseguir en nueve meses de trabajo.

Análisis transferencial y contratransferencial

El primer encuentro que tuve con A. no fue por mi cuenta, puesto que una compañera del centro comunitario entró conmigo como observadora. Entramos a la primera entrevista con poca información acerca de la paciente. Lo único que sabíamos era que, en el cuestionario inicial, la solicitante había asegurado tener depresión y haberse separado de su pareja.

La entrevista estuvo llena de información. Los 45 minutos pasaron muy rápido. La paciente habló de sus intentos de suicidio, de sus internamientos en el hospital psiquiátrico, del suicidio de su padre y de la relación de dependencia y violencia que tenía con su ex pareja.

Saliendo de la entrevista le pregunté a mi compañera cómo se había sentido, sonrió y me dijo que muy bien. Le pregunté si escuchar lo que la paciente nos había dicho no había tenido alguna reacción contratransferencial en ella y me dijo que no. Me sorprendió su respuesta, pues para mi había sido una entrevista conmovedora y angustiante por el tipo de información que la paciente había compartido.

Nos sentamos juntas a hacer las anotaciones de la entrevista, ya que sería ella la encargada de presentar el caso en la supervisión grupal del centro comunitario. La presentación fue controversial, se discutió si el caso era apto para trabajarlo dentro del centro, debido a que la paciente era considerada de riesgo.

Después de supervisarlo por primera vez en supervisión individual, mi supervisora y yo coincidimos en que era importante recibir a la paciente y brindarle el espacio que estaba solicitando. El hecho de que A. contara con un seguimiento psiquiátrico, y que se decidiera un encuadre de dos veces por semana, nos ayudó a sustentar la continuación de la intervención.

Me preocupaba un poco que el caso fuera considerado grave, sin embargo, creía que era importante brindarle a la paciente la posibilidad de acceder a un espacio terapéutico y no rechazarla, pues acababa de salir de su último internamiento en el

hospital psiquiátrico y consideré que el compromiso con el espacio terapéutico era un contrato que ella estaba haciendo con la vida.

El relato de los intentos de suicidio fue sólo durante un par de entrevistas. El tema central de su discurso al comienzo del trabajo terapéutico fue su expareja y después comenzó a ser su madre. Me confundía un poco su relato, ya que por momentos no sabía si me hablaba de ella o de su madre. Tenía que interrumpirla para que me aclarara a quién se refería. Sucedió algo parecido cuando me hablaba de su expareja, pues por momentos se refería a él como si siguieran juntos, y por otros, como si estuvieran separados.

La falta de diferenciación que tenía A. con respecto a sus objetos significativos me hizo pensar que, probablemente, llegaría el momento en el que se fusionara conmigo a nivel transferencial.

Durante los primeros meses, el trabajo fue muy bueno. La paciente llegaba puntual a las citas, no faltaba, aprendió a asociar libremente y llevaba material importante a las sesiones. Me sentía muy satisfecha porque aceptaba las intervenciones que le hacía y tenía reflexiones importantes relacionadas a las mismas. Así mismo, llegaba a la sesión diciendo que había pensado durante la semana en lo que habíamos hablado, llevaba sueños y hacía asociaciones muy interesantes con relación a éstos, en fin... todo indicaba que el trabajo con A. avanzaba muy bien.

La transferencia se estableció muy rápido y fue una transferencia positiva que ayudó a impulsar el inicio del trabajo psicoterapéutico. Sin embargo, después de hablarlo en supervisión y una vez que se escribió este trabajo, considero que la transferencia positiva inicial se convirtió con el paso de los meses, en una fusión a nivel transferencial.

La paciente no rechazaba ninguna de mis intervenciones ni las ponía en duda, incluso llegaba a decirme que lo que yo le decía era lo que realmente ella sentía, o que lo que yo le decía era lo mismo que ella pensaba. Era como si por momentos, ambas fuéramos en realidad una sola en su mundo psíquico.

Otro aspecto importante a resaltar, relacionado con la dificultad de la paciente para poner distancia con los otros, fue el hecho de que en varias ocasiones mencionó que su pareja le preguntaba acerca de lo que hablaba conmigo, y ella, sin reparo, compartía con él el trabajo de sus sesiones. Incluso llegó a decirme un día que O. quería acompañarla y tomar terapia conmigo.

Mi reacción inmediata fue de sorpresa y enojo. Me sorprendía cómo ella permitía que su expareja fuera tan intrusivo con el espacio terapéutico. Hubo un par de ocasiones en las que O. comenzó a cuestionar el malestar de A. haciéndola dudar de sus propias sensaciones. La confusión que esto ocasionaba en la paciente me sorprendía. Su dificultad para poner distancia con el discurso del otro era tal, que lo que le decía O. suplantaba su propia historicidad, pero a final de cuentas, esto era una repetición de su tendencia a fusionarse.

Lo anterior fue una de las interpretaciones que le hice a A. durante el tratamiento. Fue interesante la manera en la que recibió esta intervención, pues posterior a la misma, comenzó a faltar de manera intermitente a las sesiones sin avisarme. Cuando en la sesión retomé este hecho y le hice ver cómo el tema de su fusión con el otro había ocasionado una resistencia al tratamiento, su asistencia volvió a regularizarse.

Lo curioso fue que cada vez que se hablaba en las sesiones de su tendencia a fusionarse o de la posibilidad de poner distancia con respecto al discurso de los demás, pasaban unas cuantas sesiones más y volvía a faltar. Esto me enojaba, pues me hacía sentir que, al faltar sin avisar, no estaba tomando en cuenta ni al tratamiento ni a mí como su psicoterapeuta.

Durante una de las sesiones de supervisión, mi supervisora me hizo ver que, probablemente, lo que sucedía era una repetición que la paciente estaba actuando en el espacio: agredía al objeto de manera inconsciente y, después, no entendía por qué el otro la agredía o se alejaba. Tomando en cuenta esto, tuve mucho cuidado de no actuar mi enojo en contratransferencia.

Después de devolverle esto último a la paciente, la resistencia cedió, dando paso a un periodo en el cual A. comenzó a cuestionar y a resignificar su historia, especialmente su infancia al lado de su madre. De igual forma inició un proceso de diferenciación, en el cual logró, por momentos, mirarse a sí misma desde una posición subjetiva diferente, alejada un poco del discurso sofocante del que estaba asida. Este momento fue muy emocionante para mí. Sentí que estábamos logrando cambios importantes.

Un par de meses después de este periodo volvió a desaparecer del tratamiento, pero ahora durante casi un mes. Antes de que esto sucediera, empezó a tomar decisiones acerca de lo que quería hacer con su trabajo, remodeló su casa, se deshizo de objetos que tenía de su madre y comenzó el proyecto de un negocio propio.

Por otro lado, uno de los temas centrales de las sesiones, había sido la relación y convivencia que estaba teniendo con un miembro lejano de su familia. Le cuestioné en varias ocasiones qué imaginaba que sucedería si ella continuaba con dicha relación, y sus respuestas fueron muy racionales, incluso llegó a decirme que no quería que se repitiera la ruptura familiar que había sucedido cuando ella tenía 17 años y tuvo un noviazgo con uno de sus primos.

El hecho de que interrumpiera el tratamiento y lo hiciera sin avisar me desconcertó. No entendía qué pasaba, pues el avance era notable. Intenté llamarla y no respondió, así que le mandé un mensaje preguntándole qué había sucedido. Después de tres semanas me respondió diciendo que estaba muy mal, que había tenido un problema con su familia y que necesitaba hablarlo en terapia.

En el reencuentro me dijo que había continuado la relación con el miembro de su familia y que eso había generado un conflicto grave. Me sorprendió enterarme de esto, pues yo pensaba que las intervenciones que había hecho con ella antes de que pausara el tratamiento, habían ayudado a que tuviera juicio de realidad y vislumbrara las consecuencias que le traería continuar con dicha relación. Al hablar de esto en supervisión, entendí que probablemente las respuestas que A. había

tenido a mis intervenciones eran porque de manera inconsciente, yo había ocupado el lugar persecutorio de su madre a nivel transferencial.

Para ese entonces, el centro comunitario cerró sus puertas para la atención presencial a pacientes, debido a la crisis sanitaria por COVID-19. Hablé con la paciente acerca de la posibilidad de continuar con las sesiones en línea y aceptó. Continuamos trabajando un par de meses más a distancia. El foco del trabajo continuó siendo su tendencia a fusionarse con el otro.

Durante esos meses, su expareja comenzó a acercarse de nuevo a ella. A. me decía que se sentía invadida, pues él llegaba a su casa y se quedaba varios días. Hablamos de su dificultad para ponerle límites y externar lo que sentía; como si su palabra quedara sin lugar ante el otro. “Todo se queda en mi pensamiento. Quisiera decirle que se vaya, que me siento invadida, pero no puedo”.

Al poco tiempo, la paciente volvió a faltar a sus sesiones. La diferencia fue que, en esta ocasión, no contestó mi mensaje e interrumpió de manera definitiva el tratamiento.

Considero que algo de lo que no logré percatarme a tiempo, fue que posiblemente para A. fue muy amenazante el proceso de separación que inició en el tratamiento, y debido a que el foco principal del trabajo fue su fusión con el otro, una vez que comenzó a separarse, decidió abandonar las sesiones, separándose también transferencialmente.

Referencias

- Bellak, L. Y Small, L. (1980). *Psicoterapia breve y de emergencia*. Pax.
- Bergeret, J. (1983). *La personalidad normal y patológica*. Gedisa.
- Bleuler (1955). *Demencia precoz o el grupo de esquizofrenias*. Imprenta de la universidad nacional.
- Braier, E.A. (1980). *Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica*. Nueva Visión.
- Coderch, J. (1990). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Herder.
- Díaz, I. (2000) *Bases de la terapia de Grupo*. Pax.
- Dor, J. (1988). *Estructura y perversiones*. Gedisa.
- Dor, J. (2006). Estructuras clínicas y psicoanálisis. Amorrortu.
- Feixas, G. y Miró, M. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Paidós.
- Fernández, C. [Taller de investigaciones psicoanalíticas]. (30 de diciembre de 2015). *Conferencia las prótesis narcisizantes de la sociedad perversizada Dr Carlos Fernández Gaos*. [Archivo de video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=2aTOZJnqGSE&t=1084s>
- Fiorini, H. (2004). *Teoría y técnica de psicoterapias*. Nueva Visión.
- Freud, S. (2008). Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 3, pp. 25-40). Amorrortu (Trabajo original publicado en 1893).
- Freud, S. (2008). Obsesiones y Fobias. Su mecanismo psíquico y su etiología. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 3, pp. 69-84). Amorrortu (Trabajo original publicado en 1895 [1894]).
- Freud, S. (2008). Carta 52. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 1, pp. 274-279). Amorrortu (Trabajo original publicado en 1896).
- Freud, S. (2008). La sexualidad en la etiología de las neurosis. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 3, pp. 251-276). Amorrortu (Trabajo original publicado en 1898).

- Freud, S. (2008). La interpretación de los sueños. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 4-5). Amorrortu (Trabajo original publicado en 1900[1899]).
- Freud, S. (2008). El método psicoanalítico de Freud. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 7, pp. 233-242). Amorrortu (Trabajo original publicado en 1904 [1903]).
- Freud, S. (2008). Tres ensayos sobre una teoría sexual. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 7, pp. 109-224). Amorrortu (Trabajo original publicado en 1905).
- Freud, S. (2008). Sobre la dinámica de la transferencia. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 93-106). Amorrortu (Trabajo original publicado en 1912).
- Freud, S. (2008). La predisposición a la neurosis obsesiva. Contribución al problema de la elección de neurosis. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 329-346). Amorrortu (Trabajo original publicado en 1913).
- Freud, S. (2008). Neurosis y psicosis. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 151-160). Amorrortu (Trabajo original publicado en 1924 [1923]).
- Freud, S. (2008). El Yo y el Ello. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 1-66). Amorrortu (Trabajo original publicado en 1923).
- Green, A. (1990). *De locuras privadas*. Amorrortu.
- Greenson, R. (1976). *Técnica y práctica del psicoanálisis*. Siglo veintiuno.
- Grinberg, L y Grinberg, R. (1976). *Identidad y cambio*. Paidós.
- Grinberg (1981). *Psicoanálisis. Aspectos teóricos y clínicos*. Paidós.
- Kernberg, O. (1990). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Paidós.
- Laplanche, J. Y Pontalis, J.B. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Paidós.
- Lerner, H. (2007). La clínica psicoanalítica convulsionada. En Lerner, H. y Sternbach, S. (Ed), *Organizaciones fronterizas fronteras del psicoanálisis*. (pp. 19-46). Lugar editorial.
- Perrés, J. (1998). *Proceso de constitución del método psicoanalítico*. Universidad Autónoma Metropolitana.
- Racker, H. (1990). *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. Paidós.

- Sandler, J., Dare, C., Holder, A. (1972). *El paciente y el analista: las bases del proceso psicoanalítico*. Paidós.
- Winnicott, D.W. (1972). *Realidad y Juego*. Paidós.
- Winnicott, D. (1979). *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Laia.
- Winnicott, D. (1981). *El proceso de maduración en el niño*. (3ª ed.). Laia.
- Winnicott, D (1989). *Exploraciones psicoanalíticas I*. Paidós.
- Winnicott, D. (1990). *Los bebés y sus madres*. Paidós.