



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA PARA ADOLESCENTES

ESCINDE Y SOBREVIVIRÁS: UNA ORGANIZACIÓN DEL MUNDO A PARTIR DE OBJETOS PARCIALES

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL**  
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
MAESTRO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

**ALAN GERARDO RÍOS FLORES**

TUTORA:

DRA. MARTHA LÓPEZ REYES  
(FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM)

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTORIAL:

DRA. EVA MARÍA ESPARZA MEZA (FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM)

DRA. MAGDA CAMPILLO LABRANDERO (FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM)

DRA. DENÍ STINCER GÓMEZ (FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM)

MTRA. ANA LOURDES TÉLLEZ ROJO SOLÍS (FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM)

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX., ENERO DE 2023



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## AGRADECIMIENTOS

El presente proyecto de titulación es el resultado de un arduo proceso formativo, el cual no sólo representa un gran logro profesional y personal, sino que también simboliza el final de una etapa

muy significativa en mi vida. Se trató de un camino lleno de nuevos conocimientos e interrogantes, cuyo recorrido implicó atravesar experiencias y emociones de la más diversa índole; la creación en conjunto de un espacio de escucha, reflexión, diálogo y creatividad, que también representó una valiosa fuente de soporte y bienestar.

Así mismo, puedo decir que la culminación de esta etapa no hubiera sido posible sin el apoyo de personas maravillosas que me acompañaron cálida y afectivamente, y que también me permitieron acompañarles del mismo modo durante este viaje.

Agradezco:

A mi familia, cuyo amor me sostiene y me motiva para seguir adelante.

A mis compañeras, compañeros, amigas y amigos, por permanecer cerca y compartir conocimientos y experiencias invaluableles.

A mi tutora, profesoras de mi comité tutorial y demás maestros y maestras de la residencia, que no sólo me brindaron su conocimiento, sino también su ayuda durante este proceso.

A todas las personas que desde siempre me han brindado su escucha, comprensión, consejo y amor de distintas maneras.

Agradezco mucho a la vida, a esa energía que vive y es dentro de uno mismo, y que en ocasiones algunas personas solemos llamar Dios, por darme la fuerza necesaria para continuar y alcanzar mis objetivos.

*“Conoce todas las teorías, domina todas las técnicas,  
pero al tocar un alma humana, se apenas, otra alma humana”*

*Carl G. Jung*

## ÍNDICE

<i>RESUMEN</i> .....	6
<i>ABSTRACT</i> .....	7
<i>INTRODUCCIÓN</i> .....	9
<i>MARCO TEÓRICO</i> .....	11
<i>CAPÍTULO 1. DE LAS RELACIONES OBJETALES A LA POSICIÓN ESQUIZO-PARANOIDE</i> .....	11
1.1.    Algunos Antecedentes y Concepciones sobre la Teoría de las Relaciones Objetales.....	11
1.2.    Angustia y Fantasía: Su influencia en la Teoría de las Posiciones.....	14
1.3.    La Teoría de las Posiciones: La posición Esquizo-Paranoide.....	20
1.4.    Condiciones Desfavorables de la Posición Esquizo-Paranoide .....	26
<i>CAPÍTULO 2. ORGANIZACIÓN FRONTERIZA DE LA PERSONALIDAD</i> .....	29
2.1.    Estructura y Organización de la personalidad.....	30
2.2.    Concepciones sobre la Organización Fronteriza de la personalidad.....	32
2.3.    Características y Mecanismos de Defensa de la Organización Fronteriza de la personalidad .....	39
<i>CAPÍTULO 3. RELACIONES OBJETALES, POSICIÓN ESQUIZO-PARANOIDE Y</i> <i>ORGANIZACIÓN FRONTERIZA DE LA PERSONALIDAD</i> .....	43
3.1.    Proceso de Internalización de las Relaciones Objetales en la Organización Fronteriza de la personalidad: La Escisión como mecanismo central .....	43
3.2.    Posición Esquizo-Paranoide, Organización fronteriza de la personalidad y Adolescencia.....	48
3.3.    Algunas puntualizaciones sobre la Transferencia y Contratransferencia en la Organización Fronteriza de la personalidad .....	52
<i>PACIENTE: ANA</i> .....	56
<i>MÉTODO</i> .....	59
<i>RESULTADOS Y DISCUSIÓN</i> .....	75

La frustrante búsqueda de satisfacción y plenitud: ¿Qué es lo que le falta a Ana? .....	75
El reflejo de la autodevaluación y la dependencia: La autopercepción de Ana.....	79
¡Es todo o nada! La radiografía de los vínculos de Ana .....	87
De armas tomar: La impulsividad de Ana.....	90
Escinde y Sobrevivirás: La organización de la personalidad de Ana a partir de objetos parciales .....	92
El cristal con que se mira: Otros puntos de análisis sobre el caso de Ana.....	97
<i>ANÁLISIS DE LOS PROCESOS TRANSFERENCIALES Y CONTRATRANSFERENCIALES ...</i>	<i>101</i>
<i>ALCANCES Y LIMITACIONES .....</i>	<i>108</i>
<i>CONCLUSIONES.....</i>	<i>112</i>
<i>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</i>	<i>118</i>
<i>ANEXOS .....</i>	<i>123</i>

## RESUMEN

Afecciones que comunmente se atribuyen a una “modernidad tardía” parecen estar presentes con regularidad en los pacientes que solicitan atención psicoterapéutica hoy en día. La comprensión de tales estados, catalogados como fronterizos, ha sido de gran interés para el psicoanálisis en la historia reciente. Podemos decir que los postulados teóricos que se han desarrollado a raíz de tal interés se derivan de tres líneas principales del pensamiento psicoanalítico, siendo la teoría de las relaciones objetales una de ellas.

El presente estudio, que cuenta con un carácter formativo, muestra de manera detallada la implementación de la teoría de las relaciones objetales tanto para la comprensión como para la intervención psicoterapéutica de una paciente con características de una organización fronteriza de la personalidad. Llegando a concluir que las aportaciones de dicha teoría no sólo contribuyen al entendimiento de tales estados, sino que también son fundamentales para la comprensión de la constitución del mundo interno del ser humano, la cual implica los vínculos afectivos y las situaciones favorables o adversas que de éstos se derivan.

Así mismo, este trabajo pone de manifiesto la importancia de las primeras experiencias de vida y la primera relación objetal para la conformación narcisita y desarrollo ulterior de la organización psíquica. Un déficit o fallas significativas tanto del ambiente como del objeto primario en etapas tempranas, pueden mermar la metabolización de las relaciones objetales y con ello anidar perturbaciones a futuro.

La intervención llevada a cabo consistió en un proceso psicoterapéutico psicoanalítico en modalidad on-line, debido al confinamiento derivado de la pandemia por COVID-19. Los resultados clínicos obtenidos parecen demostrar la efectividad de dicha modalidad, pues tanto el

desarrollo de la transferencia como el establecimiento de una buena alianza psicoterapéutica hicieron posible que el proceso se mantuviera hasta su finalización, lo cual se vio reflejado en el progreso de la paciente.

Por último, el reporte aquí presentado incita a preguntarse si es que lo fronterizo es un estado derivado de la “modernidad”, o es que gracias a los aportes teórico-clínicos que han surgido en la historia reciente, ahora se dispone con más información para la comprensión de la constitución psíquica del ser humano y sus vicisitudes.

Palabras clave: *teoría de las relaciones objetales, relación objetal, estados fronterizos, organización fronteriza de la personalidad*

## **ABSTRACT**

Conditions commonly attributed to a "late modernity" seem to be regularly present in patients seeking psychotherapeutic care today. The understanding of such states, labeled as borderline, has been of great interest to psychoanalysis in recent history. We can say that the theoretical postulates that have been developed as a result of such interest derive from three main lines of psychoanalytic thought, object relations theory being one of them.

The present study, which has a formative character, shows in detail the implementation of the object relations theory both for the understanding and for the psychotherapeutic intervention of a patient with characteristics of a borderline personality organization. It concludes that the contributions of this theory not only help to the understanding of such states but are also



fundamental for the comprehension of the constitution of the internal world of the human being, which implies the affective bonds and the favorable or adverse situations that derive from them.

Likewise, this paper highlights the importance of the first life experiences and the first object relationship for the narcissistic conformation and subsequent development of the psychic organization. Significant deficits or failures of both the environment and the primary object in early stages can undermine the metabolization of object relations, leading to the appearance of disturbances in the future.

The intervention carried out consisted of an on-line psychoanalytic psychotherapeutic process, due to the confinement derived from the COVID-19 pandemic. The clinical results obtained seem to demonstrate the effectiveness of this modality, since both the development of the transference and the establishment of a good psychotherapeutic alliance made it possible for the process to be maintained until its completion, which was reflected in the patient's progress.

Finally, this work prompts the question of whether the borderline is a state derived from "modernity", or whether, thanks to the theoretical-clinical contributions that have emerged in recent history, more information is now available for the understanding of the psychic constitution of the human being and its vicissitudes.

Keywords: *object relations theory, object relation, borderline, borderline personality organization*

## INTRODUCCIÓN

El papel del otro adquiere un valor irrefutable en el desarrollo integral de los seres humanos. La vida psíquica se organiza a partir de la interacción y de los vínculos afectivos que se constituyen entre los individuos. Podemos decir que el inconsciente se sostiene y va adquiriendo una forma particular a partir de las relaciones intersubjetivas de las cuales también son parte las alianzas formadas y los espacios psíquicos compartidos. Es así como el estudio de tales relaciones representa un bastión en la teoría psicoanalítica para la comprensión tanto del desarrollo psíquico como de su organización, lo cual da origen a la personalidad del individuo.

La personalidad es un proceso complejo que atañe a la interacción y organización de distintos elementos, el cual se ve influenciado tanto por aspectos internos como externos que, con base en su cualidad e intensidad, se subjetivan y al mismo tiempo se disponen como componentes de una estructura. Como representante de la teoría de las relaciones objetales, Melanie Klein (1952) señala que existen dos formas de organización psíquica, dos posiciones entre las cuales un sujeto va a oscilar a lo largo de la vida, en torno a las cuales se dispone y estructura la personalidad, las cuales designa como esquizo-paranoide y maniaco-depresiva. Cada una de estas posiciones se caracteriza por una modalidad de relación objetal, un tipo de angustia y el uso de mecanismos de defensa particulares.

Satisfacciones, frustraciones, traumas, entre otras interacciones con los objetos, intervienen en la posición que se adopta en un determinado momento. Sin embargo, en algunos casos existen circunstancias adversas particulares, principalmente las relacionadas con las primeras experiencias donde el vínculo con el objeto primordial es vital, que promueven la reiterada colocación de un individuo en la posición que se adopta durante los primeros meses de

vida, la posición esquizo-paranoide. Tal persistencia influye en una disposición particular de la personalidad, que ha sido definida por Otto Kernberg (1979) como organización fronteriza de la personalidad.

Ana se presenta como uno de dichos casos en los cuales se puede suponer que ciertas condiciones desfavorables, concernientes principalmente a un tiempo preedípico, promovieron la prevalencia de un tipo de relación objetal que oscila entre la idealización y la devaluación, de angustia persecutoria y de abandono, y del uso de mecanismos de defensa primarios como la escisión, la proyección, la identificación proyectiva e introyectiva y la negación; características asociadas a una organización fronteriza de la personalidad.

Los postulados sobre la posición esquizo-paranoide y lo que de ella se deriva para la comprensión de la organización fronteriza de la personalidad fueron el eje central del presente estudio. Por lo tanto, la obra de Melanie Klein (1946, 1948, 1952, 1957, 1958) así como la de Otto Kernberg (1967, 1979, 1993) han influenciado sustancialmente el análisis del caso. Sin embargo, las aportaciones de otros autores respecto a lo preedípico, precisamente la conformación narcisista, y su influencia en la organización de la estructura psíquica fueron puntos de apoyo clave para el entendimiento de la paciente y del proceso terapéutico.

A continuación se presenta, en primer lugar, el marco teórico que sustenta el análisis de este caso; enseguida, se muestran tanto la historia clínica de la paciente como las características del método seguido para la elaboración del estudio; posteriormente, se expone el análisis y discusión de los resultados, de los cuales se derivan los apartados sobre el análisis de la transferencia y contratransferencia, los alcances y las limitaciones clínicas y, finalmente, las conclusiones.

## MARCO TEÓRICO

### CAPÍTULO 1. DE LAS RELACIONES OBJETALES A LA POSICIÓN ESQUIZO-PARANOIDE

En este capítulo se abordarán las aportaciones de Melanie Klein a la teoría de las relaciones objetales. Se tomarán en cuenta principalmente sus postulados sobre la posición esquizo-paranoide y sus derivados, los cuales se han consolidado como un pilar fundamental para la comprensión de la organización fronteriza de la personalidad, tema en el cual se profundizará en el próximo capítulo

#### 1.1. Algunos Antecedentes y Concepciones sobre la Teoría de las Relaciones Objetales

Podríamos decir que la teoría de las relaciones objetales se fue gestando implícitamente desde las primeras intelecciones de Freud sobre su teoría psicoanalítica. Concepciones sobre la sexualidad, el desarrollo, las neuropsicosis de defensa, las parafrenias, el narcisismo, etc. sirvieron de apoyo para la conceptualización que hizo el mismo autor sobre las series complementarias en su *Conferencia número 22 de introducción al psicoanálisis* (Freud, 1917b)

Freud (1917b) destacó tres series complementarias referentes a la etiología tanto del desarrollo patológico como del no patológico: la primera respecto a los factores hereditarios y congénitos, la segunda en torno a las experiencias infantiles, y la tercera relacionada con los factores desencadenantes o actuales. La segunda de estas series adquiere una particular importancia debido a su influencia sobre la estructuración psíquica y la consolidación de la personalidad.

Precisamente sobre el desarrollo del Yo, Freud (1930) señala que en un principio el lactante es incapaz de separar su Yo del mundo exterior que le provee de sensaciones, y para

lograr dicha separación requiere de tiempo y diversas incitaciones. Se va dando cuenta de que existen distintas fuentes de excitación que le envían señales corporales, nota también que hay otras, entre ellas el anhelado pecho materno, que se le retiran, y que quizá pueda recuperar mediante el llanto. Es así como se presenta por vez primera un objeto que se contrapone al Yo, es decir, algo que viene del exterior, y que por medio de una determinada acción es compelido a aparecer. Posteriormente, a razón del principio del placer, le viene al Yo un impulso por desasirse de aquellas sensaciones que pudieran generar displacer, lo cual provoca que haya un reconocimiento del afuera, a este impulso por generar un Yo placentero se contrapone un afuera amenazador. Es así como se comienza a distinguir lo interno de lo externo, esto da lugar al principio de la realidad cuya función es comandar del mundo externo.

Con base en lo anterior, Freud (1940) menciona que el primer objeto erótico del bebé es el pecho materno, el cual procura una sensación placentera, amorosa, que se apuntala en la satisfacción de la nutrición. Cuando este pecho tiene que ser trasladado hacia el mundo exterior, el bebé toma consigo como objeto una parte de investidura libidinal que fue originalmente narcisista. Posteriormente este primer objeto se va completando dando lugar a la madre, la cual no sólo nutre, sino también protege, y provoca muchas otras sensaciones corporales tanto placenteras como displacenteras.

Freud también señala la posibilidad de que se presenten situaciones en detrimento del desarrollo psíquico derivadas de la relación con los objetos externos. Un ejemplo de esto se expone en su trabajo *Sobre la sexualidad femenina* (1931) en donde menciona que existe una ligazón-madre muy fuerte y exclusiva que precede cualquier otra ligazón de objeto, y que, en ciertas condiciones, dicho vínculo puede gestar un componente patológico a razón de la gran angustia que pudiera sentir la hija de ser asesinada / devorada por la madre; añade que dicha

angustia corresponde a una hostilidad de intensidad equivalente a la ligazón que en la niña se desarrolla posteriormente contra la madre.

Estas aportaciones, entre otras, generaron el desarrollo de la teoría de las relaciones objetales, la cual centra su estudio en la relación madre-hijo y con ello las estructuras intrapsíquicas que se derivan de la internalización de dicho vínculo. Así mismo, propone que existe una necesidad primaria de objetos que se extiende más allá de la búsqueda de placer (Ramírez, 2010).

Por su parte, Laplanche y Pontalis (1996) definen las relaciones objetales como “la manera en la que el sujeto se vincula con el mundo, tanto interno como externo. Esta relación es el resultado de una compleja organización de la personalidad, de una aprehensión con rasgos fantaseados de los objetos y un sistema de defensas predominante” (p. 359). Las relaciones de objeto pueden referirse a un determinado momento evolutivo o a una determinada afección psíquica.

Quizá la obra de Melanie Klein puede considerarse como el gran referente para el estudio actual de las relaciones objetales y sus derivados tales como el desarrollo psíquico y de la personalidad. Su obra se extiende desde aproximadamente 1919 hasta la década de 1960. Tomando en cuenta los postulados freudianos, Klein (1946) sostiene que el psiquismo se origina a raíz de un vínculo intersubjetivo primario: la relación madre-bebé. A partir de esa relación toman lugar una gran cantidad de aspectos emocionales, entre los cuales se enfatizan la angustia predominante y las fantasías constitutivas (Bleichmar y Bleichmar, 1997).

En su trabajo analítico con niños, Melanie Klein formuló nuevas hipótesis en torno al complejo de Edipo y a la aparición del Superyó, los cuales ubica en un tiempo más temprano en

comparación con los postulados freudianos. Sus investigaciones sobre la gestación del complejo de Edipo derivaron en la formulación de su teoría sobre las posiciones: maniaco-depresiva y esquizo-paranoide (Segal, 2010).

Diversos autores han tomado los postulados klenianos como base para el desarrollo de sus estudios, entre ellos se destaca a Wilfred Bion. La obra de Bion se nutre también de pensamientos filosóficos, matemáticos y humanísticos. Principalmente centra sus trabajos en el estudio de las organizaciones psicóticas, así como en el análisis de grupos terapéuticos. Al igual que Klein, otorga un valor importante a la agresión temprana, lo cual subyace al desarrollo de conceptos como *rêverie*, la *relación continente-contenido*, el *vínculo Amor (L)*, *Odio (H)* y *Conocimiento (K)*, etc. (Bleichmar y Bleichmar, 1997).

Por su parte, Otto Kernberg, a pesar de tener diferencias con algunos postulados de Klein, se sirve en gran medida de la corriente kleniana para el desarrollo de su análisis sobre afecciones narcisistas y organizaciones fronterizas de la personalidad. Sus ideas se dirigen a la internalización precaria de las relaciones objetales en una etapa temprana. Para este autor, la teoría de las relaciones objetales simboliza el estudio tanto de la composición como del origen de las relaciones interpersonales, así como las estructuras psíquicas que resultan de tales interacciones del pasado. Estas relaciones pueden quedar fijadas, ser modificadas o reactivadas debido a la interacción con las relaciones actuales. Esta teoría contribuye a la comprensión de los procesos de internalización y con esto al entendimiento sobre la formación del Yo y del Superyó (Kernberg, 1993).

## **1.2. Angustia y Fantasía: Su influencia en la Teoría de las Posiciones**

Para un mejor entendimiento de los postulados klenianos respecto a la teoría de las posiciones y la organización de la personalidad, es importante señalar el papel que desempeñan la

angustia y la fantasía como elementos subyacentes en su obra y, por ende, en lo referente las relaciones objetales.

La angustia suele denominarse como “el afecto de afectos”, y es uno de los grandes operadores del aparato psíquico. Freud comenzó sus trabajos respecto a la angustia desde sus estudios sobre las neurosis actuales, época en la cual sostenía que la angustia era el resultado de una transmutación de la libido. Sin embargo, esta teoría se abandonaría para una nueva reformulación que implicó, entre otras ideas muy importantes, la elucidación de dos principales fuentes de angustia: la primera, como una consecuencia de una experiencia de peligro que derivó traumática; y, la segunda, como una señal que indica la amenaza de un peligro o trauma (Freud, 1933), es decir una angustia automática y una angustia señal a las que el Yo, como único almacigo de tal afecto, tiene que hacer frente desde muy temprano (Freud, 1926).

En un análisis más detallado sobre esta teoría, podemos mencionar que el continuo placer-displacer subyace a la percepción y categorización de las experiencias desde el comienzo de la vida; por lo tanto, la angustia se presenta como un estado afectivo motivado por el displacer, cuya descarga tomará vías particulares que dependerán de la intensidad de la tensión, del momento de desarrollo biopsicosocial y del ambiente en determinado momento. Podemos decir que el nacimiento se presenta como el arquetipo del estado displacentero, pero es necesario recalcar que no a todo lo displacentero se le puede denominar angustia (Freud, 1926).

“Es así que lo displacentero, el aumento de tensión y la insatisfacción se vuelven una situación de peligro, frente a la cual, en un primer momento el bebé es impotente, y constituye el núcleo genuino del peligro” (Freud, 1926, p. 130). Se tiene pues una situación de peligro real que en el bebé compromete no sólo su supervivencia psíquica, sino también fisiológica; por ejemplo, si la madre se ausenta o retira su libido de su hijo, la satisfacción de las necesidades del pequeño



quedará mermada y por lo tanto el aumento de tensión aumentará su intensidad. De este modo es posible colegir que las sensaciones de angustia en la vida posterior están hasta cierto punto emparentadas a la experiencia del nacimiento y más aún a la vivencia de separación del primer objeto de amor, la madre (Freud, 1933).

Freud (1926) señaló tres situaciones de peligro principales: la primera de éstas es la pérdida del objeto madre, como se mencionó previamente, es decir, la no satisfacción; en el segundo puesto se encuentra la castración, que implica una nueva separación; y en tercer lugar colocó al vasallaje que el Yo debe pagar al Superyó, es decir, la angustia de la consciencia moral. Más adelante, Freud (1933) fue más específico al respecto y señaló que a cada momento del desarrollo le correspondería una determinada situación de peligro: el estado de desvalimiento se ubica en un momento primitivo en el cual el Yo es inmaduro; el peligro de la pérdida de objeto de amor se ubica en la primera infancia; el peligro de la castración se encuentra en la fase fálica; y por último la angustia que despierta el Superyó corresponde al periodo de latencia. Posteriormente agregó una de las más importantes: la angustia frente a la muerte. Se espera que conforme el Yo vaya fortaleciéndose, las situaciones más tempranas de peligro no impliquen ya una intensa angustia, incluso, el mismo Freud (1933) señala que dichas situaciones deberían perder esta cualidad.

Sobre el peligro, Freud (1926) añade que un peligro realista es del cual se tiene una advertencia, y de éste se deriva una angustia realista. Por otro lado, menciona que existe una angustia, denominada neurótica, que se presenta ante un peligro del cual no se tiene noticia, es decir, un peligro pulsional. Respecto a tales peligros internos, Freud señala que poseen como característica común la puesta en juego de una separación o pérdida de un objeto de amor, o la

pérdida del amor de éste; por lo tanto, podemos decir que la médula significativa de la situación de peligro es saberse en una situación de desvalimiento.

Una situación tal de desvalimiento puede ocasionar un gran daño en la vida anímica. Deviene en un estado displacentero de excitación y tensión elevadas del cual el Yo no puede hacerse cargo por las vías conocidas de descarga. Freud (1933) denominó a dicho estado como factor traumático, y recalca que lo que se teme, lo que motiva a la angustia señal, es la emergencia de una situación traumática que no pueda ser solventada por el principio del placer.

De esta manera es posible, en términos generales, comprender los últimos postulados de Freud sobre la angustia, que como se mencionó anteriormente, tiene un doble origen: en primer lugar, como la reacción o consecuencia directa ante el desvalimiento, es decir, resultado del factor traumático; y, en segundo término, como un estado afectivo que más adelante se reproducirá como señal de auxilio ante la amenaza de la repetición de tal factor (Freud, 1926, 1933).

Klein, tomando en cuenta los postulados freudianos sobre la angustia, señala que tal afecto es experimentado por el bebé de una manera particular, en la cual la fantasía inconsciente desempeña un rol crucial. Para Laplanche y Pontalis (1996), hablar de fantasía insinúa una oposición entre la realidad interna y la realidad externa, en otras palabras, entre la imaginación y la percepción. Freud (1911), señala que hay una contraposición entre el mundo interno y el mundo externo; el primero obtiene satisfacción mediante la ilusión y el segundo, mediante una progresión del sistema de percepción, impone al sujeto el principio de realidad.

Freud, implícitamente, al igual que Klein, desarrolla el concepto de fantasía inconsciente en torno a los contenidos de la mente, sin embargo, no desarrolló más al respecto, no ubicó sus

orígenes ni especificó la etapa en la cual la fantasía inconsciente hace su primera aparición. Por otro lado, Klein (1958), en sus intelecciones sobre metapsicología, indica que las fantasías inconscientes están presentes desde el inicio de la vida y se encuentran activas todo el tiempo. Estas fantasías son la expresión mental de los instintos, los cuales están en una búsqueda de objetos. El instinto es vivenciado ligado a una fantasía de un objeto adecuado a él, por ejemplo, el instinto de hambre se relaciona con el objeto pecho.

Otro ejemplo es el bebé hambriento, el cual hace un berrinche por la necesidad de satisfacción. Estas contracciones por el hambre, gritos y movimientos corporales intensos traen, por un lado, la fantasía de un ataque a ese pecho, y, por otro lado, estas mismas expresiones corporales evocan la fantasía de estar siendo atacado y desgarrado desde su interior por aquel pecho (Segal, 2010).

Estas fantasías inconscientes no son sólo un escape de la realidad, sino que se encuentran en una constante interacción con experiencias de satisfacción y frustración que proporciona la realidad. El ejemplo anterior, del bebé con hambre, demuestra cómo la fantasía puede influir en la realidad, pues una vez que el pecho real es acercado, el bebé ya no lo percibo como un pecho nutritivo, “bueno”, sino que lo rechaza debido a que ahora lo siente como amenazante, “malo” y destructor. Estas fantasías pueden reaparecer en el juego de los niños e incluso en la vida adulta (Segal, 2010).

De igual manera, la realidad también influye sobre las fantasías inconscientes. Si se vuelve al ejemplo del bebé con hambre, tenemos que éste comienza a fantasear en un inicio con el pecho “bueno” que lo nutre, pero el resultado de esta fantasía dependerá del tiempo que tarde en aparecer el pecho real; he aquí la importancia del ambiente en el desarrollo del psiquismo, sin embargo, esto no significa que en un ambiente carente de sensaciones displacenteras o “malo”,

no existan ansiedades ni fantasías agresivas y persecutorias. Sin embargo, la importancia del ambiente sólo podrá ser evaluada con base a la propia interpretación del bebé (Klein, 1958).

Además de ser una defensa contra las frustraciones que puedan provenir de la realidad externa, la fantasía también funge como una defensa contra la realidad interna, por ejemplo, en defensa contra la propia ira que siente el bebé por no ser alimentado. Así mismo, una fantasía puede ser defensa contra otras fantasías. En tanto a la relación con los mecanismos de defensa, se podría conjeturar que el individuo utiliza la fantasía para describir lo que siente por causa de alguno de estos mecanismos (Segal, 2010).

Klein (1958) propone un postulado en torno al desarrollo de la personalidad con base en la relación que hay entre la fantasía, los mecanismos de introyección y proyección y la estructura mental: Tomando en cuenta las concepciones de Freud que denominan al Yo como un precipitado de catexias de objeto abandonadas, Klein señala que el Yo está compuesto entonces por objetos introyectados, siendo el primero de estos el Superyó. Existen fantasías de objetos introyectados en el Yo desde una muy temprana infancia, siendo quizá el primero de estos objetos el pecho, el cual se divide en un pecho idealizado y otro persecutorio. La introyección comienza con objetos parciales, por ejemplo, el pecho y el pene, y posteriormente se integran objetos totales, madre, padre y pareja parental. Mientras más temprana es la introyección, los objetos se han de encontrar más distorsionados, a causa de todo lo que se ha proyectado en ellos. Al continuar el desarrollo, se espera que los objetos introyectados se vayan asemejando más a los objetos reales.

Así mismo, se lleva a cabo un mecanismo llamado *identificación introyectiva*. El Yo asimila algunos de estos objetos introyectados y así, forman parte de los caracteres y el desarrollo de la personalidad. Algunos otros objetos adquieren la característica de objetos internos, es decir,

se encuentran separados del Yo, pero en interacción con éste, como el Superyó. Es así, que la organización de la personalidad está altamente influenciada por las fantasías inconscientes más primitivas, y hasta cierto punto permanentes, sobre el sí-mismo y sobre los objetos (Segal, 2010).

Green (1994) retoma estas ideas para llevar a cabo un análisis del mundo inconsciente. Menciona que el inconsciente se compone de relaciones de objeto, éstas pueden ser con objetos parciales u objetos totales. Estas relaciones objetales se componen por fijaciones pregenitales que se dan también posteriormente durante el conflicto edípico. Se llevan a cabo relaciones triádicas, en las cuales ambos padres se experimentan como dos polos afectivos opuestos (Donnet y Green, 2017).

### **1.3. La Teoría de las Posiciones: La posición Esquizo-Paranoide**

Klein (1957) señala que durante los primeros meses de vida los bebés atraviesan por intensos estados de ansiedad persecutoria, los cuales se vinculan con lo que denomina “fase del sadismo máximo”; así mismo, los niños también experimentan sentimientos de culpa derivados de sus impulsos agresivos y fantasías de destrucción hacia sus primeros objetos, en especial el pecho materno; de esta culpa surge la necesidad de reparar al objeto dañado. Como resultado de tales intelecciones, Klein logra diferenciar dos “fases” principales (que podríamos designar mejor con el término “organizaciones”) a las que denominó posición esquizo-paranoide y posición depresiva.

Melanie Klein (1952) optó por adoptar el término “posición” debido a que los fenómenos psíquicos como las ansiedades, la organización defensiva y la relación con el objeto, particulares en cada posición, aunque aparecen durante la primera etapa de la vida, no se limitan a este periodo, es decir, no son una etapa o fase transitoria, sino que resurgen durante el transcurso de la infancia y en otros momentos a lo largo de la vida en condiciones particulares.

Con motivo de un ejercicio didáctico, considerando las fases del desarrollo libidinal propuestas por Freud, podríamos decir que tanto la posición esquizo-paranoide como la maniaco-depresiva se encuentran dentro de la etapa oral. La primera estaría ubicada desde el nacimiento hasta alrededor del cuarto o incluso quinto mes y la segunda abarcaría la otra mitad del primer año de vida. El reconocimiento de la madre como un objeto total marca el inicio de la segunda posición (Segal, 2010).

En la posición esquizo-paranoide predominan los impulsos destructivos y las ansiedades persecutorias; existe una estrecha interacción entre el sadismo y dichas ansiedades. Por su parte, la posición maniaco-depresiva está relacionada con momentos importantes para el desarrollo yoico. En este periodo, las fantasías sádicas tienden a disminuir y el niño va siendo capaz de introyectar objetos totales, a la par de hacer una síntesis de los distintos aspectos del objeto y los afectos ligados a éste. Lo anterior da lugar a la aparición de ansiedades relacionadas con el daño tanto externo como interno que se le infligió al objeto, es por tal motivo que se inician esfuerzos por preservar o reparar al objeto amado (Klein, 1957).

La forma en la cual se integran las relaciones objetales durante la posición depresiva, sienta las bases para el desarrollo de la personalidad. Aunque ciertas ansiedades paranoides y depresivas están siempre presentes a lo largo de la vida, un Yo suficientemente integrado dará lugar al establecimiento de mecanismos de defensa neuróticos. Partiendo de lo anterior, Klein establece que la neurosis infantil es una defensa contra ansiedades paranoides y depresivas, la cual es un medio para su ligazón y elaboración (Segal, 2010).

Para fines del presente trabajo, se expondrá un análisis más detallado de la primera de estas posiciones: la posición esquizo-paranoide.

Klein (1952), sostiene que, al inicio de la vida, el bebé siente ansiedades intensas que provienen tanto de su interior como de su exterior. La primera causa de esta ansiedad puede deberse al trauma que representa el propio nacimiento, siendo esta experiencia la pauta de las futuras relaciones del bebé con el mundo exterior. La extrema sensación de incomodidad y dolor que experimenta el bebé, podrían sentirse como fuerzas de índole hostil que hacen por perseguirle. Siendo así que la ansiedad persecutoria se vuelve un derivado de la relación del bebé con el mundo exterior, y por ende con los objetos, en la medida de que éste sea expuesto a frustraciones o privaciones que generen displacer.

Dado a que el Yo que se enfrenta a estas ansiedades es lábil, fluctuante y desorganizado, echa mano de defensas primitivas que podríamos catalogar como psicóticas (Klein, 1946). Cuando el bebé siente la ansiedad que le origina el instinto de muerte debido a las inclemencias del mundo exterior, éste hace lo posible por alejar tal sensación, por desviarla a como de lugar, esta desviación es, en una parte, una proyección, y en otra una conversión de tal instinto en agresión. Es así que el Yo se escinde, proyectando su parte que contiene el instinto de muerte en el objeto externo primordial: el pecho. Por lo tanto, el pecho adquiere una cualidad de “malo” amenazante, se ha transformado en un perseguidor, e incluso puede existir la fantasía de que el instinto de muerte proyectado ha escindido al pecho en una gran cantidad de objetos perseguidores. Por su parte, el instinto de muerte que permanece en el interior del bebé y fue convertido en agresión, sirve como medio para defenderse de aquellos perseguidores (Segal, 2010).

Al mismo tiempo se establece un vínculo con el objeto ideal. De igual manera como sucede con el instinto de muerte, la libido es también proyectada en el pecho con el propósito de crear un objeto que pueda sostener la vida, y la parte de la libido que se conserva en el interior, es

usada por el bebé para establecer la ligazón con el objeto. Es así como casi al instante posterior a su nacimiento, el bebé establece una relación con dos objetos escindidos: el pecho persecutorio y el ideal. Por lo tanto, la satisfacción del hambre refuerza la relación con el objeto ideal, lo cual mantiene alejada al objeto persecutorio, y en contraparte, la frustración se convierte en la amenaza de ser destruido (Segal, 2010).

Ahora el bebé tiene dos metas fundamentales: una de ellas es conseguir y guardar dentro de sí al objeto “bueno”, para así identificarse con éste; la otra consiste en mantener alejado al objeto “malo” y deshacerse de las partes agresivas del Yo que amenazan al objeto bueno en su interior. Por lo tanto, la ansiedad predominante es paranoide, el bebé siente un temor profundo a que el objeto malo logre penetrar en el Yo y destruya tanto al objeto ideal como al sí-mismo. La denominación de esquizoide es tomada de Fairbairn, que señala a la escisión como una característica del Yo y de sus objetos en los estados esquizofrénicos (Klein, 1946).

Al analizar la cualidad de ideal del objeto, tenemos que esta se encuentra en íntima relación con la escisión y la negación. Para salvaguardar al objeto, es necesario exagerar sus cualidades bondadosas, por lo tanto, la idealización es el resultado del temor persecutorio, sin embargo, también surge, desde la necesidad de satisfacción instintiva, los deseos de contar con un pecho gratificador inagotable, siempre dispuesto, es decir, un pecho ideal. A su vez, ya sea por la gratificación alucinatoria, o por la intensidad de la ansiedad persecutoria, la existencia del pecho malo y todos los sentimientos de frustración ligados a la privación de satisfacción son negados. También esta negación puede desembocar en una idealización del objeto malo y en una identificación con este. La negación de la realidad psíquica sólo es posible mediante la fuerte sensación de omnipotencia que caracteriza la mente infantil. Es importante mencionar que la



negación no sólo aniquila al objeto(s) “malo”, sino a toda la relación objetal, y con esto a una parte del yo de la que surgen los sentimientos hacia el objeto (Klein, 1946)

Se ha observado que la escisión juega un papel fundamental durante esta posición, y como se señaló anteriormente, los mecanismos de proyección e introyección también son esenciales para hacer frente a la ansiedad persecutoria. Sin embargo, ocasionalmente también lo bueno es proyectado para mantenerlo alejado de la maldad interna, y también los perseguidores son introyectados e incluso puede haber una identificación con ellos con el propósito de controlarlos; aunque el talante primordial de estos mecanismos es mantener alejados a los objetos “malos” de los objetos ideales, procurando así una sensación de control (Segal, 2010).

Del mecanismo de proyección del instinto de muerte hacia la madre, se deriva el modelo de una relación agresiva con el objeto, este proceso que hasta ahora hemos descrito, es denominado por Klein (1946) como *identificación proyectiva*. Durante este mecanismo, se escinden tanto partes del sí-mismo como de los objetos internos, las cuales son proyectadas en el objeto externo, quedando éste poseído por ellas e identificado con las mismas. Se pueden proyectar, por un lado, partes buenas para evitar la destrucción del objeto o para repararlo y mejorarlo; y, por otro lado, partes malas para atacar al objeto o para controlarlo. Esta identificación proyectiva persiste aún cuando la madre es experimentada como un objeto total (Segal, 2010).

Para ilustrar mejor la identificación proyectiva, podríamos decir que en primer lugar el objeto se encuentra conteniendo las partes proyectadas, pero gradualmente el bebé llega a identificar por completo al objeto con dichas partes (Segal, 2010).

Green (1994), realiza una síntesis del mecanismo de identificación proyectiva. Menciona que su origen es la agresividad primaria, y ya sea que se derive de la frustración o la envidia, subyace en ella una posición narcisista omnipotente. Requiere la previa intervención de la escisión. Así mismo colige dos acepciones para el término “identificación”: la primera, tiene que ver con que el objeto es identificado, etiquetado, con lo que se proyecta en él; la segunda, se da en el sentido en que esta proyección trae consigo una identificación con el objeto, como si lo que quedó vacío por la proyección debiera llenarse enseguida por el reflejo de tal expulsión, lo que podría denominarse como identificación introyectiva (Segal, 2010).

Los mecanismos descritos generan a su vez ansiedades particulares. Como se ha mencionado, la proyección de partes malas del sí-mismo produce ansiedad persecutoria. La introyección de objetos perseguidores produce ansiedad hipocondriaca. La proyección de partes buenas del sí-mismo produce la ansiedad de quedar vacío de todo lo bueno y por tanto temor a ser invadido. La identificación proyectiva provoca diversas ansiedades, las dos principales son: el miedo a que haya un ataque de vuelta del objeto que ha sido atacado, y la ansiedad de tener partes del sí-mismo aprisionadas y controladas por el objeto (Segal, 2010).

Hasta aquí se ha descrito de una manera general los fenómenos psíquicos característicos de la posición esquizo-paranoide. Es importante destacar que el bebé que se encuentra en un desarrollo lo suficientemente adecuado no pasa la mayor parte de su tiempo en estados de ansiedad, por el contrario, suele pasar su tiempo en el disfrute de satisfacciones reales o alucinatorias que promueven la gradual asimilación del objeto ideal y la integración de su Yo. Así mismo, todos los bebés experimentan ansiedades, las cuales, sumadas a los mecanismos de defensa característicos de esta posición, son parte del desarrollo esperado de todo ser humano. En una personalidad integrada, todos los momentos de su desarrollo quedan incluidos (Segal, 2010).

Por ejemplo, la escisión es fundamental para organizar las experiencias, así como es condición previa para la aparición de la represión; a su vez, la identificación proyectiva e introyectiva son fundamentales para el desarrollo de empatía. Por tal motivo, los mecanismos empleados en la posición esquizo-paranoide no deben ser considerados sólo como herramientas que protegen al Yo de ansiedades abrumadoras, sino también como elementos para el desarrollo progresivo (Segal, 2010).

#### **1.4. Condiciones Desfavorables de la Posición Esquizo-Paranoide**

En el apartado anterior, se expuso la importancia de la posición esquizo-paranoide para el desarrollo gradual de la integración del individuo y como sus mecanismos son parte importante de la vida ulterior. Pero para que esto sea una realidad, es necesario que las experiencias buenas predominen sobre las malas, en lo cual intervienen tanto factores internos como externos. Cuando esto ocurre así, el Yo experimenta una prevalencia del objeto ideal sobre los objetos persecutorios. El Yo se identifica constantemente con este objeto ideal, adquiriendo mayor fuerza para enfrentar las ansiedades (Segal, 2010).

Sin embargo, cuando la ansiedad persecutoria es tan intensa que los mecanismos de esta posición se ven superados, puede devenir la desintegración del Yo como una última salida. Ese intento por dejar de sentir es sinónimo de dejar de existir, lo cual trae consigo una ansiedad particular, que es la de hacerse miles de pedazos y quedar pulverizado (Segal, 2010).

Uno de los factores que puede contribuir a esto es la envidia temprana. Klein (1957) considera que la envidia tiene bases sádicas orales y anales, y que está presente desde el inicio de la vida con una fuerte influencia sobre la constitución psíquica. La envidia contribuye a la formación de la imagen de un objeto bueno pues el bebé fantasea que aquel pecho que lo frustró

se ha quedado con toda la satisfacción y gratificación que le fueron privadas. A su vez, es necesario hacer una distinción entre la envidia, la voracidad y los celos.

La envidia es el sentimiento enojoso contra otra persona que posee o goza de algo deseable, siendo el impulso envidioso el de quitárselo o dañarlo. Implica la relación del sujeto con una sola persona y se remonta a la relación más temprana y exclusiva con la madre (Klein, 1957, p.186).

Los celos se basan en la envidia, sin embargo, su objetivo es poseer al objeto amado y excluir al rival, por lo tanto, se presentan en una relación triangular. En los celos hay una relación de objeto total, mientras que en la envidia la relación es con objetos parciales, sin embargo, puede persistir en relaciones de objeto total (Segal, 2010).

La voracidad es un deseo vehemente e impetuoso de obtener más satisfacción de lo que el pecho puede proporcionar. Inconscientemente se fantasea con vaciarlo todo, esto es introyección destructiva. La envidia también busca saquear todo lo bueno del pecho, pero también busca introducir en él, y después en la madre, todo lo malo, con el propósito de dañarla y destruirla, llevándose así su capacidad creadora (Klein, 1957).

Por lo tanto, podríamos decir que el objetivo de la envidia es ser tan bueno y perfecto como el objeto ideal, pero al percatarse de la imposibilidad de dicha empresa, el objetivo se transforma en arruinar por completo el objeto ideal para suprimir la fuente de la envidia. No sólo el pecho es objeto de la envidia, sino también el alimento introducido por vía oral, es decir, introyectado, por lo tanto, se ataca también al objeto interno (Segal, 2010).

Si la envidia temprana es muy intensa, da como resultado un desempeño precario de los mecanismos esquizoides. Al ser atacado el objeto ideal, no es posible llevar a cabo la escisión, lo

cual desemboca en una confusión entre lo bueno y lo malo. Al no haber un objeto ideal, la introyección e identificación con este quedan interrumpidas, lo cual compromete gravemente el desarrollo yoico (Klein, 1957).

El propio ataque al objeto ideal se considera como una defensa contra éste. Por su parte, emplear una desvalorización del objeto a modo de defensa tiene la gran desventaja de ponerlo en riesgo de ser eliminado con los ataques. Y el uso de una idealización rígida aumenta la envidia. Es así como se origina un círculo vicioso en el cual la envidia impide una buena introyección y esto al mismo tiempo incrementa la agresión. Todos estos mecanismos son en detrimento del Yo (Segal, 2010).

En un desarrollo lo suficientemente adecuado, la satisfacción que produce el pecho genera gratitud, admiración y amor por éste, lo cual, como hemos expuesto también genera un aumento de la envidia. Sin embargo, durante el proceso de integración del Yo, ambos sentimientos entran en conflicto, y si la envidia no es abrumadora, la gratitud gana terreno haciéndose parte del Yo. Es así como puede generarse un círculo positivo: mientras aumenta la gratificación, la envidia disminuye, y si esta última disminuye, aumenta la primera (Segal, 2010).

Otro mecanismo que se ve afectado en condiciones desfavorables durante la posición esquizo-paranoide es la identificación proyectiva. Cuando los impulsos hostiles y la envidia son intensos, la escisión se lleva a cabo en un sinnúmero de partículas, las cuales son proyectadas, a su vez, estas partículas también dividen en pequeños fragmentos al objeto blanco de la proyección. Ya que la realidad, tanto interna como externa es vivida como persecutoria, la función de este tipo de identificación proyectiva es, por un lado, deshacerse de toda percepción desintegrándola en miles de pedazos, y, por otro lado, se odia y se busca destruir también al objeto responsable de tal percepción. Ya que la percepción de un objeto idealizado puede ser tan

dolorosa como la de uno persecutorio, este tipo de mecanismo puede dirigirse tanto al objeto ideal como al persecutorio. Es un proceso desintegrador que daña de manera grave al Yo (Bion, 1957).

Este mecanismo en contra de la percepción se conecta con otro mecanismo descrito por Bion (1959 citado por Segal, 2010) como ataques al vínculo. Se rompen y atacan relaciones entre el sí-mismo y el objeto, tanto externo como interno, también se atacan vínculos entre distintas partes del sí-mismo, como pensar y sentir. Los vínculos entre los otros objetos se vuelven una gran fuente de envidia y cuanto más son atacados los vínculos internalizados, el bebé se vuelve más envidioso e incapaz de establecer relaciones. El mundo del bebé esquizoide se transforma en uno totalmente distorsionado y hostil, ha perdido no sólo gran parte de su capacidad para vincularse, sino también para integrarse. Por tal razón, el bebé debe escindir, apartar y proteger una parte de su Yo como objeto ideal, el cual sea capaz de proveerle gratificación mediante la alimentación, así como de otros procesos introyectivos valiosos, como el aprendizaje.

## **CAPÍTULO 2. ORGANIZACIÓN FRONTERIZA DE LA PERSONALIDAD**

### **2.1. Estructura y Organización de la personalidad**

Con base en el desarrollo de la teoría psicoanalítica, Freud (1923 y 1924) plantea que la personalidad se manifiesta en términos del conflicto que se desarrolla ya sea, entre las tres instancias intrapsíquicas (Superyó, Ello y Yo), o, entre una de ellas y la realidad externa. Dicha pugna da como resultado un modelo de dinámicas internas y comportamientos externos fijos en el tiempo. A su vez, y a grandes rasgos, Freud también propone tres organizaciones específicas de la personalidad: psiconeurosis, psicosis (previamente parafrenias) y perversiones.

Más adelante, el mismo Freud (1933), provee nuevas elucidaciones respecto a la estructura de la personalidad. Plantea una metáfora sobre la manera única y exclusiva en la que un mineral, si es arrojado al suelo, tenderá a romperse. En un principio, dentro de este mineral se han formado un sinnúmero de microcristalizaciones que han dado origen a la cristalización total de dicho cuerpo. Estas microcristalizaciones proveen al cuerpo entero de unas características únicas, fijas y constantes, además, éstas poseen líneas de clivaje y soldadura particulares que sólo serían visibles mediante un minucioso análisis o tras una ruptura.

Tomando en cuenta las aportaciones de Freud, entre otros estudiosos, Bergeret (1980) define a la estructura de la personalidad como a un conjunto de complejos fenómenos metapsicológicos, los cuales se disponen de una forma estable e irreversible. Señala como elementos psíquicos principales dentro de una estructura de la personalidad a los mecanismos de defensa, al tipo de relación objetal, al desarrollo tanto yoico como libidinal, a la posición frente al principio de realidad y al accionar de los procesos primario y secundario.

Existen dos grandes estructuras base de la personalidad: la estructura neurótica y la estructura psicótica. En la estructura neurótica el conflicto psíquico se desarrolla entre el Superyó

y el Ello, erigiéndose el Superyó como instancia psíquica dominante. En tanto a otras características de esta estructura, podemos observar una relación de objeto de tipo genital; como angustia primordial se tiene a la castración; y como mecanismo defensivo predominante está la represión. Por su parte, la estructura psicótica tiene como conflicto psíquico característico el que se desarrolla entre el Ello y la realidad, resultando el Ello la instancia psíquica imperante. Como otras características de dicha estructura, se percibe una relación de objeto más bien del tipo fusional; la angustia aquí es la de fragmentación; y los mecanismos de defensa primordiales son el desdoblamiento del yo y la negación de la realidad (Bergeret, 1980).

Sin embargo, la idea de una estructura de la personalidad rígida, fija e irreversible ha quedado obsoleta. En uno de sus últimos trabajos, el mismo Freud (1933) señala que, si bien una de las metas del conocimiento intelectual es encontrar reglas universales y leyes para que le proporcionen orden, esto también tiende a falsearlo e incluso llegar a reducirlo, especialmente cuando se trata de procesos de transmutación y desarrollo. Añade que, en la realidad, las transiciones y los momentos intermedios son mucho más comunes que los estados opuestos separados tajantemente.

En la actualidad, es preciso comprender a la estructura de la personalidad como una organización dinámica, la cual tiene una capacidad flexible basada tanto en las experiencias como en los propios alcances y limitaciones biopsicosociales del individuo. Autores como Kernberg (2008, citado en Fossa, 2010), se refieren a la personalidad como el producto que se obtiene de la interrelación dinámica entre el sistema de valores, el carácter y el temperamento.

Además de las estructuras psicótica y neurótica, existen estados con una determinada disposición e interacción de los complejos elementos metapsicológicos cuyo propósito es



adaptarse o acondicionarse provisionalmente. Bergeret (1980) denomina a este tipo de organizaciones, estados límite de la personalidad.

Entre tanto, Kernberg (1979), principalmente con base en las aportaciones de la teoría de las relaciones objetales, señala que la organización fronteriza de la personalidad es tanto particular como estable; así mismo, la ubica en el continuum del desarrollo entre la organización psicótica y la organización neurótica, sin llegar a estar “a mitad del camino” o pertenecer a ninguna de éstas dos. Por su parte, McWilliams (2011), basada en la propuesta de Kernberg y en la experiencia clínica, puntualiza que existen distintos grados o niveles de funcionamiento dentro de esta misma organización.

## **2.2. Concepciones sobre la Organización Fronteriza de la personalidad**

Green (1994) se refiere a lo fronterizo como “una frontera móvil y fluctuante, tanto en la normalidad como en la afección grave, se tiene que concebir en función de procesos de transformación de energía y simbolización” (1994, p. 106). Para comprender las aportaciones del psicoanálisis al estudio de las organizaciones o estados fronterizos de la personalidad, Green (1994) propone tres líneas de pensamiento: freudiana, kleiniana y winnicottiana.

Green (1994) señala que, si bien Freud no hace propiamente una mención de los estados fronterizos, propone elucidaciones que sirvieron para otorgar una base sólida a su posterior estudio. Desde su trabajo *Neurosis y Psicosis* (1924), donde habla de la segmentación del yo como un mecanismo primitivo para evitar la ruptura; hasta sus propuestas en *Análisis terminable e interminable* (1937), donde pone de manifiesto la importancia de las distorsiones o traumas tempranos del yo para la fijación de mecanismos de defensa primarios. Además, el aporte que hace Freud sobre la agresión es fundamental para comprender la etiología tanto de la psicosis como de las organizaciones fronterizas.

Con influencia del pensamiento freudiano, Bergeret (1980) propone que la etiología de los estados límites podría deberse a una situación abrupta ocurrida durante el desarrollo yoico, la cual tiene lugar precisamente antes de la incursión del Yo en el conflicto edípico. Esta circunstancia súbita, la cual recibe el nombre de traumatismo precoz, influye de manera muy significativa en el desarrollo psíquico, provocando que el desenvolvimiento del Yo a través del dilema edípico sea precario. El Yo, aún inmaduro, experimenta, al mismo tiempo, una gran frustración y una gran angustia debido a la amenaza de la pérdida del objeto.

Aquel traumatismo prematuro puede vincularse estrechamente con la enorme carga afectiva que puede provocar un hecho de seducción real por parte de una figura adulta. Es decir, de una manera violenta e inesperada, el niño(a) se encuentra dentro de una situación triangular para la cual no estaba ni por mucho preparado. Le será difícil hallar el apoyo en uno de los padres para lidiar con los sentimientos hostiles y sexuales hacia el otro miembro de la pareja, y, por consiguiente, los procesos inhibitorios propios tenderán a fallar con regularidad. Es así, que la opción más viable y segura para el Yo, será recurrir al empleo de mecanismos de defensa primitivos, cercanos a los que se manifiestan en una organización psicótica (Bergeret, 1980).

Podemos colegir que el conflicto central en la organización fronteriza se ubica en el periodo preedípico y atañe a la conformación narcisística, por lo tanto, el Ideal del Yo se encuentra en pugna tanto con el Ello como con la realidad, siendo así que este Ideal del Yo se establece como instancia predominante. Por su parte, la relación con el objeto es de tipo anaclítica, es decir, que existe una relación de dependencia con dicho objeto para sostener las pulsiones de autoconservación, el bebé depende totalmente de los cuidados y atención del o la cuidadora primaria para sobrevivir (Freud, 1905); por lo tanto, la angustia característica en este tipo de organización de la personalidad tiene que ver con la pérdida de este objeto de amor; a su

vez, la escisión se mantiene como uno de los mecanismos de defensa principales. La depresión representará un peligro predominante para todas las variedades de estados límites (Bergeret, 1980).

Con respecto a las aportaciones del abordaje kleiniano para el estudio de las organizaciones fronterizas, Green (1994) señala la importancia de concebir las relaciones objetales desde el nacimiento, así como la relevancia de la agresión infantil y sus defensas primitivas, como la escisión, la identificación proyectiva y la idealización. Además, esta perspectiva enfatiza la naturaleza narcisística de las relaciones de objeto y detalla la conexión entre fenómenos esquizoides y maniaco-depresivos.

Un representante sobresaliente de la teoría de las relaciones objetales es Wilfred Bion. Su trabajo se centra, principalmente, en las organizaciones psicóticas, sin embargo, sus fundamentos son valiosos para la comprensión de los estados fronterizos. Respecto a estas intelecciones, Bion (1957), dice que hay una especie de precipitación del pensamiento en los individuos con organización psicótica y, por lo tanto, las defensas no deben ser comprendidas como una regresión, sino como anticipación rápida; esta situación merma la capacidad del pensamiento psíquico del proceso secundario, un rasgo que también está presente en algunos pacientes con organización fronteriza.

Siguiendo los pasos de Klein, Bion otorga gran importancia a los mecanismos de escisión e identificación proyectiva, así como a la agresión y al sadismo infantil. Desarrolla conceptos tales como la función materna de reveriè, los elementos alfa y los elementos beta, y la interacción de tal función y dichos elementos en la relación continente-contenido (Bion, 1987). Vale la pena realizar un breve análisis de tales conceptos bionianos, pues dichas intelecciones son clave para la comprensión tanto del desarrollo como del funcionamiento psíquico desde los primeros días de

vida y por ende arrojan luz tanto en el estudio sobre la organización de la personalidad como sus particularidades bajo condiciones favorables y desfavorables.

Como se mencionó previamente, del mecanismo de identificación proyectiva, Bion desarrolla la idea de un continente (♀) dentro del cual se proyecta un objeto al que denomina contenido (♂). Cuando el bebé proyecta partes “malas” (el contenido) en el pecho “bueno” (el continente), dicho contenido puede reintroyectarse de forma modificada, de una manera más tolerable para su Yo lábil. Bion denomina a tales contenidos primitivos, altamente relacionados con la frustración y aumento de tensión, como elementos beta, y añade como una característica principal de éstos que sólo pueden ser tramitados mediante la proyección (Bion, 1897).

Aizenberg et al. (1967) señala que en un caso favorable, aquel contenido primitivo es proyectado en un pecho externo real que se presenta en el momento justo, la madre percibe la necesidad de su bebé y acude a atenderle. Por otro lado, en un caso desfavorable, la falta de un pecho real que funja como continente promueve que tales contenidos se dispersen y sean sentidos como un ataque, lo cual alimenta la fantasía de que el pecho “malo” tiene su contraparte en la realidad.

Basándonos en el caso favorable, el pecho real adquiere la cualidad de pecho “bueno” y funciona como un continente efectivo. Es capaz de transformar el hambre en satisfacción, el dolor en alivio, la soledad en compañía, la angustia de estar muriendo en tranquilidad (Aizenberg et al., 1967). A esta capacidad materna de estar abierta a las necesidades y proyecciones del bebé, Bion la denominó función de reveriè o ensoñación. El bebé incorpora esta relación satisfactoria que promueve una transformación de sus sensaciones, sentimientos e ideas. A estos elementos transformados Bion los concibió como elementos alfa, los cuales, aunados a la función de reveriè

y la relación continente-contenido, sientan las bases para la constitución de un aparato propio para pensar pensamientos (Bion, 1987).

Con relación a los aportes del pensamiento de winnicottiano, el mismo Winnicott (1965), hace un gran énfasis en el papel que juegan la madre o cuidador/cuidadora primaria y el ambiente circundante al bebé, no sólo para facilitar su desarrollo psicológico, sino también para perjudicarlo. La carencia de experiencias de satisfacción, o una total arbitrariedad en las situaciones placenteras y displacenteras pueden generar demasiada angustia en el bebé. Como consecuencia, éste experimenta una fractura en el sentimiento de continuidad, lo cual merma tanto la integración del yo como la personalización.

Winnicott señala que, para el caso particular de los pacientes con organizaciones fronterizas, tanto el encuadre como el analista no son una representación de la madre, sino son la madre en sí. Así mismo, tanto sus concepciones sobre los fenómenos transicionales (Winnicott, 1971), como sus intuiciones sobre la *vaciedad*, *el hueco*, la *no comunicación* y lo *negativo de las relaciones*, aportan luz sobre la comprensión de las sensaciones de falta y sentimientos de nulidad que se presentan con frecuencia en pacientes fronterizos (Green, 1994, 1997).

Entre los autores que se ven influenciados por más de una de estas tres líneas de pensamiento se encuentra Luis Hornstein. El trabajo de este autor contemporáneo, entre otros temas, se ha centrado en el estudio de las consecuencias de las condiciones desfavorables de la relación anaclítica y la conformación narcisista, tópicos muy relacionados con la configuración fronteriza de la personalidad.

Hornstein (2008) señala que en los casos más desfavorables de déficit en la relación anaclítica, la sensación de vacío en el Yo puede llegar a pesar más que las satisfacciones

conseguidas con sus logros. Explica que en ausencia de una adecuada conformación narcisista los objetos fueron incapaces de construir objetos transicionales y aquel lugar que debió ser colmado por el lenguaje, la creatividad y la simbolización será llenado por las somatizaciones, las actuaciones o por la depresión. Añade que las fallas en los recursos que pueda presentar el Yo atañen a fallas del objeto, es decir, fallas en la función de los cuidados primarios.

Continuando con el análisis de tales condiciones desfavorables, aunada a la sensación de vacío, el Yo experimenta una sensación de desvalimiento, la cual invariablemente trae consigo un intenso monto de angustia. El desvalimiento, como se mencionó previamente, está estrechamente vinculado con un déficit en la historia libidinal e identificatoria, aquellos recursos necesarios no fueron provistos y por ende la constitución de una organización psíquica compleja en el sujeto se vio mermada quedando éste demasiado expuesto a los vasallajes del propio cuerpo, de la realidad externa e interna y del sistema de valores (Hornstein, 2008).

Hornstein (2008) realiza un análisis diferencial respecto a ciertos indicadores clínicos que pueden encontrarse en el desvalimiento. En primer término, señala una labilidad yoica y una angustia masiva; añade el polimorfismo sintomático y la inconsistencia de las relaciones objetales. Además, menciona que hay una incidencia del proceso primario del pensamiento, por lo tanto, están presentes los mecanismos de defensa primarios (idealización primitiva, identificación proyectiva, desmentida, omnipotencia y escisión).

Por último, Hornstein (2008) elucida lo que ocurre desde las perspectivas tópica, dinámica y económica en el desvalimiento: respecto a la primera, indica que puede observarse un desfallecimiento del Yo; dinámicamente señala el fracaso de la represión a favor de los mecanismos de negación y escisión; y desde aspectos económicos apunta que tanto el trabajo de elaboración como el de simbolización se encuentran debilitados, por ende, existe un predominio

de la descarga inmediata y la repetición de lo traumático, es decir, una tendencia al actuar y a la desorganización.

Para concluir este apartado es de suma importancia introducir el trabajo de Otto Kernberg, ya que sus desarrollos teóricos y clínicos se han vuelto fundamentales para la comprensión de la organización fronteriza de la personalidad, y, por lo tanto, se vuelven claves para el desarrollo del presente trabajo.

Kernberg prolonga la línea freudiana, en tanto a su modelo estructural y del desarrollo psicosexual, además de que sus estudios tienen una base sólida en los postulados de la teoría de las relaciones objetales de Klein. Curiosamente para Green (1994) este autor “se sitúa en la frontera entre la psicología del Yo y el punto de vista kleniano” (p. 97). Ya se ha mencionado previamente en este capítulo que Kernberg no considera a la organización fronteriza de la personalidad como fluctuante y endeble sino como una estructura con características particulares.

Como los fundamentos que podrían favorecer una organización fronteriza, Kernberg (1979) señala la influencia de los conflictos pregenitales, principalmente orales, debidos a una deficiente interacción de los padres con el bebé, así como una intensa agresión durante este periodo. Tal agresión es proyectada primordialmente en la madre con lo cual deviene una distorsión de índole persecutoria-paranoide de las imágenes parentales. Por un lado, la figura materna o del cuidador(a) primaria es experimentada por el bebé como la madre que protege y provee, y, por otro lado, como la que descuida y frustra impredeciblemente. Es por tal razón que, con el propósito de preservar las imágenes del objeto “bueno” alejadas de la amenaza de destrucción que significan las partes “malas” del objeto, se despliegan mecanismos de defensa primitivos.

### **2.3. Características y Mecanismos de Defensa de la Organización Fronteriza de la personalidad**

Kernberg (1979) realiza un análisis estructural sobre la personalidad fronteriza, a partir del cual señala sus características principales. En primer lugar, propone la presencia de aspectos *inespecíficos de labilidad yoica*. Con lo anterior se refiere a tres particularidades: *falta de tolerancia a la ansiedad, falta de control de impulsos e insuficiente desarrollo de los canales de sublimación*.

La falta de tolerancia a la ansiedad se ve reflejada principalmente en la formación de nuevos síntomas o periodos de regresión yoica debido a una carga mayor de la ansiedad experimentada habitualmente. Es importante señalar, que no se refiere aquí al grado de ansiedad, sino a cómo el paciente actúa frente a esta (Kernberg, 1979).

Con respecto a la impulsividad, Kernberg (1993) señala que la aparente falta de control de impulsos en los pacientes fronterizos se lleva a cabo de una manera selectiva. Es decir, algunos individuos pueden llegar a tener un adecuado control de impulsos en general excepto en un determinado momento o en un aspecto específico. Justo en esta área se manifiestan facetas complementarias de un conflicto, lo que ocasiona marcadas contradicciones que llevan a colegir que la vida psíquica del sujeto está departamentalizada.

En tanto a los canales de sublimación, Kernberg (1979) señala que, en primer lugar, deben ser consideradas las capacidades particulares del paciente, así como su ambiente social. Con base en esto, el desarrollo creativo, los logros y la sensación de satisfacción serían un indicador de la capacidad de sublimación.



Otra característica considerada como fundamental de las organizaciones fronterizas es la regresión al pensamiento del proceso primario. Ésta podría estar ligada con fenómenos como la reactivación de relaciones objetales internalizadas precariamente, la reactivación de mecanismos de defensa primitivos, una vuelta a la fusión parcial de las imágenes primitivas de los objetos y del sí-mismo, etc. (Kernberg, 1979).

En cuanto a los mecanismos de defensa, se mencionó anteriormente que los individuos con rasgos de una personalidad fronteriza se valen, primordialmente, de una organización defensiva primitiva. Para Kernberg (1979) estas defensas son: *escisión, idealización primitiva, proyección como identificación proyectiva, negación, omnipotencia y desvalorización.*

La escisión se erige como el mecanismo de defensa primordial en la organización fronteriza y es común que la escisión aparezca con uno o varios de los otros mecanismos defensivos. Su función es hacer que tanto introyecciones como identificaciones de calidad opuesta (idealizada-devaluada / buena-mala) se mantengan separadas. Se manifiesta en la separación de objetos externos en dos grupos: “totalmente buenos” y “totalmente malos”. Esta escisión también se lleva a cabo tanto en los objetos internos como en el sí-mismo. (Kernberg, 1979).

La idealización primitiva trae consigo imágenes objetales totalmente buenas, al grado de ser omnipotentes, lo cual se aleja mucho de la realidad y por lo tanto propicia un desarrollo hipertrofiado tanto del Ideal del Yo como del Superyó. Este mecanismo se lleva a cabo para que estos objetos idealizados sirvan como protectores ante sus contrapartes totalmente malas, así como ante la agresión propia o proyectada en otros objetos (Kernberg, 1979).

En tanto a las tempranas formas de proyección como lo es la identificación proyectiva, Kernberg (1979) señala que la función principal de la proyección es externalizar imágenes del sí-mismo y de los objetos totalmente malos; esta acción deviene en la aparición de objetos malos y persecutorios, de los cuales el sujeto busca protegerse desesperadamente, aunque consigue hacerlo de una manera muy precaria. Tanto la intensidad de estas proyecciones como la labilidad yoica propician que haya una identificación con el objeto en el cual se proyectó la agresión, es por tal motivo que es necesario tanto un control como un ataque a aquel objeto con el propósito de evitar su inminente embestida, derivada de los propios impulsos agresivos proyectados. Kernberg (1993) sintetiza a la identificación proyectiva como una falta de diferenciación entre el sí-mismo y el objeto en torno a la agresión.

La negación abarca un amplio abanico de operaciones defensivas. Entre ellas podemos mencionar a la negación mutua, la cual involucra la desestimación de dos áreas emocionalmente independientes de la consciencia, habiendo así un reforzamiento de la escisión. Es decir, el sujeto es consciente de que en un momento sus pensamientos, percepciones y afectos sobre sí mismo y sobre los demás son opuestos a los experimentados en otro momento, sin embargo, esto no tiene repercusión alguna en la manera en la cual el paciente se siente ahora. La negación también puede ser una desestimación de alguna experiencia tanto interna como externa (Kernberg, 1979).

La omnipotencia y la desvalorización son claras manifestaciones de las introyecciones e identificaciones primitivas y por tanto están estrechamente ligadas con la escisión. El individuo suele alternar entre, por un lado, una extrema ligazón a un objeto mágico idealizado, capaz de cumplir todas sus exigencias, y, por otro lado, entre sus propias fantasías y actitudes que reflejan su aguda sensación de omnipotencia. Sin embargo, en un ámbito profundo, la persona idealizada es maltratada, como si ésta fuera una posesión del sujeto. Tras los sentimientos de inferioridad,

autodevaluación e inseguridad que manifiestan algunas personalidades fronterizas, se pueden encontrar tendencias omnipotentes, las cuales suelen expresarse como un convencimiento inconsciente de que la otra persona está para servirle y reconocerle como si se tratase de la persona más especial (Kernberg, 1979).

La desvalorización es resultado de la omnipotencia. Usualmente cuando un objeto ya no puede proporcionar alguna satisfacción es dejado de lado, quizá por la incapacidad de amar que tiene el sujeto con personalidad fronteriza. Otras concepciones al respecto de la desvalorización se refieren a la destrucción a manera de venganza de aquel objeto que frustró las primeras satisfacciones, especialmente de índole oral; otro propósito de este fenómeno podría apuntar a lo defensivo, es decir, sustraer el valor de aquellos objetos con el fin de impedirles convertirse en odiados, peligrosos y amenazantes. En todas estas acciones subyacen sentimientos de necesidad y temor hacia los demás (Kernberg, 1979).

## **CAPÍTULO 3. RELACIONES OBJETALES, POSICIÓN ESQUIZO-PARANOIDE Y ORGANIZACIÓN FRONTERIZA DE LA PERSONALIDAD**

### **3.1. Proceso de Internalización de las Relaciones Objetales en la Organización Fronteriza de la personalidad: La Escisión como mecanismo central**

Como se ha mencionado a lo largo de este trabajo, los vínculos con los objetos están presentes desde el comienzo de la vida. Tomando como fundamentos principales los postulados klenianos hasta ahora revisados y tanto las aportaciones de Mahler (1972) y Hartmann respecto al desarrollo del Yo, Kernberg (1993) propone un modelo con el cual relaciona los procesos de internalización de estas relaciones objetales con las implicaciones de los derivados de los impulsos instintivos y la formación del Yo. En primer lugar, dicho modelo se basa en cuatro puntos fundamentales, los cuales se describen a continuación:

1. Existen tres niveles dentro del proceso de internalización que se denominan en conjunto *sistemas de identificación*:

*Introyección.* Ésta tiene que ver con la imagen de un objeto, del sí-mismo y el matiz afectivo ligada a éstas.

*Identificación.* Hace alusión a los roles o funciones que se llevan a cabo durante la interacción interpersonal.

*Identidad del Yo.* Es la organización tanto de las introyecciones como de las identificaciones con base en la función sintética del Yo. Es el más alto nivel de organización de las relaciones objetales.

2. Al ser la introyección el nivel más básico de los sistemas de identificación, se afirma que los niveles siguientes también se conforman de los tres componentes básicos:

*Imágenes o representaciones objetales, Imágenes o representaciones del sí-mismo y derivados o disposiciones instintivas a determinados afectos.*

3. La organización de los sistemas de identificación se inicia en un nivel básico de funcionamiento yoico, cuyo mecanismo de defensa principal es la escisión. Posteriormente se alcanza un nivel más avanzado de la organización defensiva en el cual la represión se erige como mecanismo de defensa primordial.
4. El grado de integración y desarrollo tanto yoico como superyóico depende de la medida en que la represión y sus mecanismos afines hayan llegado a reemplazar a la escisión y sus mecanismos vinculados. (p. 22)

Con base en lo anterior, Kernberg (1993) señala cinco etapas del desarrollo de las relaciones objetales internalizadas y por ende de la organización de la personalidad. La primera etapa la define como *“Autismo” normal o Periodo de indiferenciación primario*. Tal como menciona Mahler (1972), en esta etapa aún no es posible constituir una constelación primaria de sí-mismo-objeto, es decir, la fusión con la madre aún es inestable. Pero es de suma importancia la gratificación de satisfacciones y experiencias placenteras del bebé para la consolidación de una buena constelación indiferenciada.

La segunda etapa la denomina como *“Simbiosis” normal o Periodo de representaciones indiferenciadas sí-mismo-objeto*. En este periodo se logra la consolidación fusional, es decir, la imagen del sí-mismo-objeto como un todo. En este periodo el afecto predominante en esta unión es crucial, ya que sienta las bases para definir la relación en “buena” o “mala”. (Kernberg, 1993). El autor propone incluir en esta etapa la primera fase o fundamentos de una posterior *diferenciación*. Mahler (1972), se refiere a ésta como el momento en el cual las representaciones del sí-mismo y del objeto se han diferenciado.

La tercera etapa es denominada ya propiamente *Diferenciación entre las representaciones del sí-mismo y las representaciones objetales*. Es en esta etapa donde se puede dilucidar aún más la influencia de Klein en el trabajo de Kernberg. Para una adecuada diferenciación, es necesario que el bebé, en primer lugar, escinda las partes “malas” experimentadas del sí-mismo y del objeto para luego proyectarlas, en tanto que las representaciones “buenas” puedan fungir como el núcleo del Yo. Como se mencionó en los capítulos anteriores, la escisión es el mecanismo primordial y las relaciones objetales se dan con objetos parciales, totalmente “buenos” o totalmente “malos” (Kernberg, 1993).

En esta etapa los límites yoicos van estableciéndose gradualmente, por tal motivo puede haber regresiones a un estado de indiferenciación debido a frustraciones intensas. Posteriormente se logra una diferenciación del sí-mismo y el objeto, que generalmente tiene un matiz agresivo, el cual revisamos en el primer capítulo. Es importante señalar que para Kernberg (1967) las personas con una organización fronteriza de la personalidad presentarán una fijación o una regresión a esta etapa del desarrollo de las relaciones objetales internalizadas.

La cuarta etapa, es denominada *Integración de las representaciones del sí-mismo y las representaciones objetales y Desarrollo de las estructuras intrapsíquicas superiores derivadas de las relaciones objetales*. Esta etapa puede localizarse al comienzo del periodo edípico y Kernberg la relaciona con conceptos provenientes de la posición maniaco-depresiva, así como los postulados de Hartmann (1950, citado por Kernberg, 1993) respecto a la diferenciación del Yo a partir de una matriz indiferenciada Yo-Ello.

Como su nombre lo dice, en esta fase se logra una integración de las autoimágenes “buenas” y “malas” en una imagen total del sí-mismo, lo mismo sucede con las imágenes parciales de objeto, que integran una imagen de objeto total. Los mecanismos primitivos

característicos de la posición esquizo-paranoide, gradualmente abren paso a unos más maduros, como la represión. Al final de este periodo se espera que el sujeto cuente con una estructura psíquica tripartita (Ello, Yo y Superyó), y que cuente con una percepción de objetos totales, lo cual es la base a la culpa y la reparación (Kernberg, 1993).

La quinta etapa representa una *Consolidación de la integración del Superyó y el Yo*. Se integran todos los niveles del Superyó. Se espera que se logre una disminución de las tensiones entre ambas instancias. Como se mencionó anteriormente, la integración de aspectos sádicos y benignos tanto del Yo como de sus objetos es un prerrequisito para esta etapa (Kernberg, 1993).

Centrándonos en la tercera etapa del desarrollo propuesta por Kernberg, podemos señalar el papel de la escisión, mecanismo característico de la posición esquizo-paranoide, como fundamental para comprender las organizaciones fronterizas de la personalidad.

Se ha expuesto ya que en un inicio tanto las introyecciones como las identificaciones que se originan a partir de derivados instintivos se van separando y agrupando en dos grandes clasificaciones: las que provienen de instintos libidinales y las que derivan de instintos agresivos, es decir se dividen en objetos, tanto internos como externos, “buenos” y “malos” (Klein, 1952). “Esta división defensiva del Yo, la cual fue primero una simple deficiencia de integración y que después es utilizada para otros fines, constituye en esencia el mecanismo de escisión” (Kernberg, 1979, p. 37).

La permanencia de tempranas introyecciones no metabolizadas durante la posición esquizo-paranoide se debe a una fijación de las primeras relaciones de objeto seriamente alteradas. Esta fijación está estrechamente ligada con la persistencia patológica de la escisión (Kernberg, 1993). Como se mencionó en el primer capítulo, esta escisión protege al Yo mediante

una activa división de introyecciones e identificaciones que son en extremo conflictivas. Se movilizan estados yoicos contradictorios y mientras se encuentren separados la ansiedad puede evitarse; sin embargo, esto conlleva un gran costo para la integración de representaciones del sí-mismo y de los objetos de origen agresivo y libidinal, perjudicando así la conformación de la identidad del Yo (Kernberg, 1979).

Para Kernberg (1979), la deficiencia principal en el desarrollo de una organización fronteriza estriba en la incapacidad del individuo para llevar a cabo una síntesis tanto de las introyecciones como de las proyecciones “buenas” y “malas”, es decir, de la integración de las imágenes del sí-mismo y de los objetos de valencias opuestas. A su vez, esto determina la sensación de vacío tan característica en las personalidades fronterizas (Kernberg, 1993).

Así mismo, Bion (2000) menciona que la escisión es un mecanismo fundamental para la supervivencia del aparato psíquico. Es utilizado, especialmente en las primeras etapas de la vida, con el fin de redescubrir una sensación de bienestar; sin embargo, también señala que el uso extremo de la escisión deja de lado factores muy importantes para el proceso de simbolización, provocando una amputación del Yo como daño colateral de la segregación de partes pulsionales agresivas.

Por el contrario, la represión se vuelve una operación defensiva más eficaz, pero requiere un mayor gasto energético debido al empleo de contratextos que evitan la descarga, lo que es opuesto en la escisión. Por lo tanto, se puede colegir que la adecuada integración de los sistemas de identificación en la posición esquizo-paranoide neutraliza la agresión, lo cual proporciona una valiosa fuente de energía psíquica para que posteriormente puedan emplearse los mecanismos superiores de represión e implícitamente pueda devenir el desarrollo del proceso secundario (Kernberg, 1993).



“Podemos concluir que la escisión provoca un debilitamiento yoico, y un Yo lábil retrocede con facilidad a la escisión, se crea un círculo vicioso de mutuo reforzamiento entre debilidad yoica y escisión” (Kernberg, 1993, p. 39).

### **3.2. Posición Esquizo-Paranoide, Organización fronteriza de la personalidad y Adolescencia**

Para Kancyper (2007) la adolescencia es una de las etapas más importantes en el ciclo de la vida. En esta etapa libidinal se reproducen las transformaciones psíquicas, somáticas y sociales que posibilitan al individuo la aparición de una mutación estructural, la cual se lleva a cabo en medio de un torbellino pulsional y conflictual. Se manifiesta una reorganización en las instancias del aparato psíquico, un nuevo orden identificatorio en el Yo, en el Superyó, en el ideal del Yo y en el Yo ideal (Kancyper, 2007).

Por su parte, Blos (1975) menciona que la adolescencia es una etapa en la cual se inicia un periodo de maduración en el cual se presentan no sólo cambios biológicos, sino también psicológicos y sociales. Las pulsiones se organizan en torno a la genitalidad, aparece el deseo de separación de los objetos primarios y se inicia la búsqueda u orientación libidinal hacia objetos externos. Con este proceso de separación-individuación se inicia la búsqueda de identidad psicosexual del adolescente.

Para Tubert (2000) la adolescencia es como un segundo nacimiento, lo cual promueve el resurgimiento de conflictos inconscientes que pudieron haber quedado fijados. Por lo tanto, esta etapa representa una crisis, un sinnúmero de conflictos inconscientes que en situaciones desfavorables pueden tener repercusiones en la organización de la personalidad.

Como se mencionó anteriormente, la escisión es un mecanismo que es empleado por un Yo primitivo, sin embargo, puede estar presente en un Yo más organizado cumpliendo distintos

propósitos (Segal, 2010). Durante la adolescencia también se lleva a cabo un mecanismo de escisión en particular.

Gutton (1993) menciona que en el inicio de la adolescencia ocurre una escisión, la cual no es definitiva, sino que puede aparecer como un estado transitorio; esta escisión divide al Yo en un Yo infantil y un Yo puberal, manifestándose significativamente en la representación del cuerpo. A su vez, de manera similar a lo que mencionan Klein y Kernberg, Gutton habla sobre una escisión patológica, la cual ocurre al principio de la vida como una falla, como una ruptura definitiva en el yo que sólo puede tender a ampliarse.

Esta falla o traumatismo precoz desempeña el papel de “primer organizador o desorganizador de la evolución psíquica. Su efecto será detener el ulterior desarrollo libidinal del sujeto.” (Bergeret, 1980, p. 187). Es decir, habrá una fijación en una especie de latencia, pero prematura y más prolongada, que podría extenderse más allá de la adolescencia. Esta “latencia falsa”, inhibe el surgimiento de la sexualidad genital y todos los fenómenos psíquicos anudados a este momento del desarrollo.

Por su parte, Green (1994) señala que la escisión es uno de los mecanismos polares del aparato psíquico, el otro es la depresión. Este autor caracteriza esta depresión como un retraimiento total de las investiduras, lo que provoca estados anímicos “en blanco”, es decir sin ningún afecto placentero o displacentero. Esto puede conducir a realizar investiduras azarosas de objeto con un componente pulsional agresivo, lo cual refuerza la escisión del sí-mismo y de los objetos, así como los sentimientos de irrealidad de estos. Una consecuencia de dicha acción puede manifestarse en una prolongación desmedida de la adolescencia.

Por lo tanto, si es que no hubo una adecuada integración de los objetos como sucede en situaciones desfavorables de la posición esquizo-paranoide, podemos colegir que la adolescencia sólo exacerba este conflicto. Esto puede traer consigo la permanencia del adolescente en esta posición y con esto el desarrollo de una organización fronteriza de la personalidad. Autores como Paulina Kernberg han estudiado las características principales del adolescente con rasgos de personalidad fronteriza

Para P. Kernberg et al. (2002) la relación de un adolescente con rasgos de una organización fronteriza de la personalidad con su madre está caracterizada por una primitiva idealización. En esta, el sujeto puede experimentar tanto una extrema bondad del objeto como una intensa maldad o devaluación de éste. Saphiro et al. (1975, citado por P. Kernberg et al., 2002) dice que los padres son percibidos o totalmente buenos o totalmente malos, con el propósito de escindir y diferenciar a la madre “buena” del proceso de separación, de la madre “mala” que interviene en dicho proceso.

P. Kernberg et al. (2002), también señalan que, para el adolescente con rasgos de este tipo de organización, generalmente existe una dificultad de relacionarse con ambos padres como pareja. Así mismo, hace énfasis en la dificultad para lidiar con la rivalidad y envidia fraternas, la cual suele provocar manifestaciones de intensa hostilidad.

En tanto a sus relaciones de amistad, estos niños o adolescentes, suelen ver al otro como como objetos parciales o un objeto propio del sí-mismo, es decir, se percibe a las personas sólo como un blanco de su propia proyección, “una cosa en la cual apoyarse, o a la que se controla, idealiza o devalúa” (P. Kernberg et al., 2002, p. 143).

Se ha observado que, en personalidades con una organización fronteriza, no sólo en adolescentes, la constitución del Superyó presenta dificultades. La internalización de tempranas imágenes objetales que son extremadamente idealizadas provoca que haya demandas ideales inalcanzables. Estos objetos ideales llegan a fusionarse con otros componentes superyóicos como los objetos perseguidores y amenazantes, que ahora son en extremo exigentes. Lo anterior da lugar a la formación de núcleos superyóicos sádicos que impiden la internalización de demandas y prohibiciones parentales más apegadas a la realidad (Kernberg, 1993).

También puede ocurrir una situación opuesta a la anterior. La internalización y síntesis del Superyó en adolescentes con rasgos de una organización fronteriza puede derivar en dificultades para asumir la responsabilidad de sus actos, dificultades aún mayores que las esperadas para esta etapa del desarrollo (P. Kernberg et al., 2002).

En tanto a los afectos en adolescentes con estos rasgos de personalidad, P. Kernberg et al. (2002) mencionan que éstos tienden a tener cambios abruptos, incluyendo una cualidad de “todo” o “nada”. Puede haber una descarga directa y cruda de dichos afectos, o no haber ninguna. Esta fluctuación puede interpretarse como un derivado de la fase de separación-individuación (Mahler, 1972). Estos cambios también pueden estar presentes en adultos con organización fronteriza.

Entre otros afectos en adolescentes con dichos rasgos de organización, se encuentra la ira intensa, una exigencia hacia el otro y falta de tacto social. Grinker (1968, citado por P. Kernberg et al., 2002), también menciona como afectos particulares las reacciones de depresión acompañadas con rabia, la autodestrucción o la indiferencia, o, el comportamiento “mudo”, el cual se asocia con una demostración pasiva de la agresión.

Es común que los adolescentes con rasgos de organización fronteriza presenten grandes dificultades para experimentar verdadera satisfacción y placer, peculiaridad que puede perdurar hasta la adultez. Esto trae consigo una alta incidencia de depresión (P. Kernberg et al., 2002). Lo anterior puede estar vinculado a una tendencia a reaccionar de manera dura ante las pérdidas, adoptar una actitud derrotista con un control deficiente de la ira, lo cual, en muchas ocasiones, culmina con intentos suicidas (Crumley, 1981, citado por P. Kernberg et al., 2002).

En tanto al conflicto edípico, estos adolescentes viven situaciones distorsionadas por dificultades en la ya mencionada etapa de separación-individuación. Estas problemáticas tienen que ver con los conflictos entre independencia, diferenciación, fusión y autonomía. Por tanto, la etapa fálica es inestable. Es por esta razón que la dificultad de separarse de la madre pone en evidencia los vínculos incestuosos, ocasionando problemas para una desidentificación con la madre y una predisposición a una alteración sexual (P. Kernberg et al., 2002).

En el niño o el adolescente con rasgos de una organización fronteriza, el miedo a desintegrarse debido al abandono aumenta la dificultad de la separación de los otros. Esto puede traer consigo relaciones de pareja con un talante de intento de control sádico de ésta, o caracterizadas por una sumisión, o una sensación de persecución (P. Kernberg et al., 2002).

### **3.3. Algunas puntualizaciones sobre la Transferencia y Contratransferencia en la Organización Fronteriza de la personalidad**

Kernberg (1979) señala que el objetivo fundamental del análisis de pacientes con una organización fronteriza de la personalidad es, en primer lugar, distinguir los distintos estados yoicos (todos ellos compuestos por una imagen del objeto, una imagen del sí-mismo y un afecto ligado a éstas), para posteriormente procurar la integración de estos en imágenes totales.

Para llevar a cabo dicha empresa, Kernberg (1993) propone ciertas pautas generales. Un punto primordial es efectuar la interpretación de la transferencia negativa en el “aquí y ahora”, evitando en la medida de lo posible la total reconstrucción genética de ésta. La razón de esto es que estos pacientes pueden tener dificultades para diferenciar relaciones objetales actuales y pasadas. Las interpretaciones genéticas de la transferencia deben guardarse para momentos más avanzados en el tratamiento.

Otro punto importante tiene que ver con la interpretación de la organización defensiva del paciente a medida que aparece en la transferencia. Esto favorece al Yo del paciente promoviendo modificaciones en su organización. Así mismo, deberá ser interpretado el uso de estos mecanismos en la vida cotidiana del paciente cada vez que se presente la oportunidad (Kernberg, 1993).

Es importante señalar que el setting terapéutico deberá estar estructurado de manera tal que las posibles agresiones del paciente puedan ser controladas. Además, es necesario evitar que la relación terapéutica sea un sustituto de las relaciones del paciente en su vida cotidiana, ya que esto promovería la actuación, es decir, su paso al acto durante las sesiones (Kernberg, 1993).

En cuanto a los aspectos moderados y de origen menos primitivo de la transferencia positiva, Kernberg (1993) sugiere que no deben ser interpretados, con el propósito de favorecer la alianza terapéutica. Sin embargo, la idealización primitiva sí es objeto de interpretación.

Como una última sugerencia, Kernberg (1993) señala que las interpretaciones deben ser elaboradas de tal manera que permitan al paciente hacer una distinción entre las distorsiones que éste hace sobre dichas interpretaciones y lo que son en realidad. A su vez, las transferencias intensamente distorsionadas, que pueden parecer casi psicóticas, deben ser interpretadas en primer lugar, para después llegar a las interpretaciones de las transferencias relacionadas con experiencias

infantiles reales. Claro que el carácter de las relaciones objetales siempre trae consigo situaciones fantaseadas, experiencias reales y organizaciones defensivas contra éstas, lo cual hace que en ocasiones sea difícil distinguir entre fantasía y realidad.

Kernberg (1979) agrega que es necesario intentar liberar en el paciente la capacidad de desarrollo genital más maduro de sus conflictos con la agresión en un periodo pregenital.

En tanto a las características primordiales de la transferencia que suelen desarrollar los pacientes con una organización fronteriza, Kernberg (1993) menciona que ésta es por lo general muy caótica, con falta de significado, vacía y repleta de omisiones y/o distorsiones conscientes. Lo cual se deriva de la reactivación de relaciones objetales parciales, por lo tanto, estas transferencias alternan entre positivas y negativas puras. El objetivo terapéutico es tratar de señalar esa escisión para que pueda haber una integración de los objetos transferenciales positivos y negativos en el aquí y en el ahora. Es frecuente que el paciente experimente al analista como su madre severa y prohibitiva y a él mismo o misma como un niño o niña indefenso o viceversa.

Kernberg (1979) introduce el término de *psicosis transferencial* para señalar una particular pérdida de la realidad, o quizá una extrema distorsión de ésta, que se da exclusivamente en el vínculo transferencial. Esto refleja la particular debilidad yoica y la predominancia de mecanismos de defensa primitivos del paciente. Cuanto más sea la labilidad yoica y más frecuente sea el uso de mecanismos de defensa arcaicos, más complicada será la intervención terapéutica.

En lo que respecta a las reacciones contratransferenciales, es de esperarse una respuesta tan intensa como lo es la transferencia del paciente. Los pacientes con organización fronteriza despiertan sentimientos contratransferenciales que ponen en riesgo el tratamiento. Hay distintas fuentes de amenaza para el terapeuta. Una de ellas puede ser la reparación de la ansiedad vinculada

a experiencias tempranas con un talante agresivo, que se dirigen ahora al paciente. También los límites yoicos son puestos en riesgo. Por último, puede haber un fuerte impulso del terapeuta de controlar al paciente, como consecuencia de la identificación de éste con un objeto del pasado del analista (Kernberg, 1979).

La contratransferencia funge como una valiosa herramienta para la comprensión de la problemática del paciente. El terapeuta debe devolver al paciente la síntesis de las emociones que se expresan en el vínculo. Esto favorece que el círculo vicioso que puede establecerse entre la proyección de los sentimientos agresivos del paciente, la actuación contratransferencial y la alimentación de las ansiedades paranoides en aquel, se rompa (Kernberg, 1979).

Tanto la comprensión de la transferencia como de la contratransferencia en los pacientes con una organización fronteriza de la personalidad promueve la identificación de la relación objetal que se ha cristalizado, mediante la evaluación de las representaciones del sí-mismo y del objeto; así mismo, permite individualizar el afecto particular en dicha interacción (Kernberg, 1993).



## **PACIENTE: ANA**

La información y el material clínico obtenido del caso que a continuación se presenta ha sido utilizado única y exclusivamente para fines educativos, formativos y de investigación. La elaboración del presente Reporte de Experiencia Profesional se apega a las normas éticas correspondientes y a los lineamientos asentados en el consentimiento informado firmado por la paciente beneficiada del proceso psicoterapéutico llevado a cabo. Por tal motivo algunos de sus datos personales han sido modificados u omitidos con el fin de preservar la confidencialidad y privacidad.

A continuación se presenta la ficha de datos generales de la paciente, la cual fue elaborada por el autor del presente trabajo a partir de la información recabada de la solicitud de atención, las entrevistas iniciales y las primeras sesiones del proceso psicoterapéutico. De la misma manera, fue elaborada la historia clínica de la paciente utilizando el formato de “Historia Clínica” empleado en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, ubicado en la Facultad de Psicología de la UNAM, dicho material puede ser consultado en la sección de anexos.

### **Ficha de Datos Generales**

<b>Nombre de la paciente:</b> Ana.
<b>Edad:</b> 22 años (inició el proceso terapéutico a la edad de 20 años).
<b>Ocupación:</b> Egresada de Licenciatura y empleada de medio tiempo en una tienda de dependencia (Cuando inició el proceso terapéutico se encontraba cursando la licenciatura y no tenía empleo).

**Referencia:** Ana se inscribió a la convocatoria para recibir atención psicológica que la Residencia en Psicoterapia para Adolescentes, de la Facultad de Psicología, de la UNAM abrió para atender a la población adolescente afectada por la emergencia sanitaria causada por la pandemia de COVID-19 y el confinamiento. Llenó un pequeño formulario y posteriormente le fue asignada como paciente al autor de este trabajo. Es importante señalar que desde el primer contacto todo el tratamiento se llevó a cabo en línea.

**Con quién vive:** Al comienzo del tratamiento vivía en un departamento rentado con su madre, dos hermanas mayores y el esposo de la mayor de ellas: Daniela de 23 años (21 años al inicio del tratamiento) y Laura de 30 años (28 años al inicio del tratamiento). Posteriormente se mudó a la casa de su abuela para vivir ahí con ésta, con su madre y su hermana Daniela. Para la parte final del tratamiento, Ana vive en un departamento con su madre, el cual comparten con una amiga de ésta y su hijo.

**Motivo manifiesto de consulta:** En su motivo de consulta la paciente refirió sentir tristeza, enojo, desesperanza, incomodidad y desmotivación. Además de constantes peleas con su familia.

**Motivo latente de consulta:** Una vez realizada la evaluación diagnóstica y las primeras sesiones de tratamiento, parece ser que la sintomatología de la paciente indica que está estrechamente relacionada con los efectos de la relación conflictiva con su madre, los cuales agudizan las dificultades de la tramitación de la crisis adolescente. La tristeza y enojo parecen derivarse de una situación ambivalente: por un lado, el hecho de que su madre haya estado ausente por trabajar y que ella, Ana, se haya quedado al cuidado de su abuela junto con sus hermanas le causa mucho dolor y, por otro lado, mucho enojo. Presenta ansiedad y

desmotivación que se derivan de la idea de que dichos afectos hacia su madre, tan contrarios, no van a cambiar.

**Impresión / Presentación de la paciente:** Ana es una joven de tez blanca, ojos grandes y cara redonda, boca ligeramente grande con labios carnosos y usa brackets; tiene el cabello castaño oscuro, el cual le llega un poco abajo del hombro; su complexión parece ser ligeramente robusta. La paciente se presenta en buenas condiciones de aseo y aliño personal.

Una vez realizadas las sesiones de evaluación y proseguido con las primeras sesiones del tratamiento formal, se puede señalar que Ana suele presentarse a los otros como una persona muy complaciente, siempre con la intención de “estar bien”, tanto es así que comúnmente relega sus deseos a segundo plano, lo cual le frustra mucho. Sin embargo, estos deseos parecen ser muy demandantes, como si el otro tuviera que hacerse responsable de ella en muchos sentidos. Es por eso por lo que también suele presentarse como indefensa, incapaz de tomar dicha responsabilidad.

## MÉTODO

### Planteamiento del problema

En la actualidad las sensaciones de vacío, sinsentido, insatisfacción, tristeza profunda, así como la dificultad para el desarrollo de vínculos más o menos estables y los pasajes al acto, parecen ser una constante en el malestar que aqueja a los pacientes que solicitan atención psicoterapéutica en la actualidad. Respecto a dichas afecciones, Chamizo (2019) menciona que podrían estar ubicadas en torno a una clínica del narcisismo, que, a su vez, también es una clínica de los bordes; concepciones como trastornos límite o patologías fronterizas, son otras de sus denominaciones.

Así mismo, autores como Cosentino (2017) o anteriormente Green (1994), sostienen que los estados fronterizos parecen expresar el malestar de una modernidad tardía, del mismo modo en que la histeria expresaba el malestar relacionado con la represión pulsional en el pasado, los estados fronterizos, con sus características de imprevisibilidad, difusión de sus fronteras y, por lo tanto, de la identidad, expresan otro tipo de sufrimiento psíquico en el presente: “Si el histérico era el paciente típico de la época de Freud, el fronterizo es el paciente típico de nuestro tiempo... El prototipo mítico del paciente de nuestro tiempo ya no es Edipo sino Hamlet” (Green, 1994, p. 88).

Desde los primeros registros sobre pacientes con organizaciones fronterizas de la personalidad en los años 30s, los trabajos clínicos que involucran el desarrollo tanto de una técnica como de constructos teóricos particulares en torno a tales estados han ido en aumento coadyuvando a su comprensión. A su vez, tales estudios se basan en las contribuciones de distintas líneas del pensamiento psicoanalítico, entre las cuales se encuentran los aportes de Melanie Klein a la teoría de las relaciones objetales (Green, 1994).

Sin desechar la propuesta del desarrollo libidinal de Freud, Melanie Klein (1952) replantea la manera de comprender el desarrollo de la personalidad y señala que existen dos formas de organización psíquica. Estas configuraciones deben ser comprendidas como dos posiciones entre

las cuales un sujeto va a oscilar a lo largo de la vida y que, con la aportación de otros elementos, organizan y estructuran la personalidad.

La primera de estas posiciones, denominada esquizo-paranoide, se conforma de las experiencias más tempranas de la vida del sujeto, e incluso, también se ve influenciada por circunstancias previas, por ejemplo, su gestación y el deseo de los padres. Todas las sensaciones que el bebé experimenta son incorporadas y organizadas de una forma primitiva. Esta posición involucra un cierto tipo de relación con los objetos, tanto internos como externos, así como una clase de afectos predominantes y defensas primordiales. Una vez alcanzada cierta madurez, se espera que el aparato psíquico sea capaz de colocarse en una nueva posición respecto de los objetos, denominada maniaco-depresiva, desplegando por consiguiente afectos y defensas particulares (Klein, 1952).

Circunstancias tales como satisfacciones, frustraciones, interacciones con los objetos, traumas, etc., intervienen en la posición que se adopta en un determinado momento a lo largo de la vida. Sin embargo, en algunos casos dichas situaciones, principalmente las relacionadas con las primeras experiencias de vida, así como el propio potencial intrínseco del individuo para la configuración de cierta estructura psíquica, promueven que haya una colocación recurrente en la primera de estas posiciones, desarrollando un tipo de disposición psíquica particular que podría estar relacionada al malestar “actual” observado en las organizaciones fronterizas de la personalidad.

Con base en lo anterior, se plantea la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los aportes y la importancia de la teoría de las relaciones objetales para la comprensión de la organización fronteriza de la personalidad? Para intentar dar respuesta a dicho cuestionamiento, se llevó a cabo el análisis del caso de Ana, una paciente cuya sintomatología y organización psíquica parecen coincidir con características presentes en una organización fronteriza de la personalidad.

## **Objetivo general del Estudio**

El presente estudio pretende ilustrar cuales son los aportes principales y la importancia de la teoría de las relaciones objetales para la comprensión de la organización fronteriza de la personalidad, a través del análisis del material clínico obtenido como resultado de la implementación de un proceso psicoterapéutico de corte psicoanalítico en modalidad on-line.

Así mismo, este trabajo tiene como objetivo exponer los aprendizajes obtenidos durante la formación en la Maestría en Psicología con Residencia en Psicoterapia para Adolescentes, de la Facultad de Psicología de la UNAM, mediante el planteamiento, desarrollo y análisis de un caso clínico desde la perspectiva psicoanalítica.

## **Planteamiento del caso clínico**

Ana es una joven que a la edad de 20 años solicita atención terapéutica por medio de la convocatoria emitida por parte de la Residencia en Psicoterapia para Adolescentes perteneciente a la Facultad de Psicología de la UNAM. En su motivo de consulta la paciente refirió sentir tristeza, enojo, desesperanza, incomodidad y desmotivación; además de tener constantes peleas con su familia, principalmente con una de sus hermanas mayores (Laura, 28 años) y con su madre. En ese momento, Ana se encontraba viviendo en un pequeño departamento con su madre (46 años), su hermana Daniela (21 años), su hermana Laura y el esposo de ésta última.

Durante las primeras sesiones, Ana cuenta que en los últimos meses, las peleas con su hermana Laura y su madre han sido constantes y muy intensas. En esos momentos ella manifiesta sentirse desbordada como si algo malo le fuera a pasar, como si fuera a *perder el control*, y tal parece que así ha sucedido algunas veces. En una ocasión llegó a aventar al gato de su hermana cuando este había ocupado su lugar en el sofá, esto ocasionó una intensa disputa. También cuenta que durante las peleas con su madre ha llegado a azotarle la puerta a punto de golpearle la cara,

forcejeando para que ésta no pueda abrirla; así mismo, dice que suele gritarle muy fuerte a la par de arrojar objetos, algunos muy importantes como su laptop. Añade que suele apretar puños y mandíbula al grado de lastimarse, y que en una ocasión llegó a pensar en cortarse con un bisturí.

Posteriormente, por razones económicas, Ana, junto con su madre y hermana Daniela regresan a casa de su abuela donde anteriormente vivían. Esto trae consigo una gran insatisfacción y enojo pues Ana refiere tener muy mala relación con su abuela. Ana dice abiertamente sentir odio hacia ella: *“Le tengo mucho rencor a mi abuela, quiero que sienta lo que yo siento. Quiero darle algo de vuelta por lo que ella me hizo... creo que, para sentirme más tranquila, mi abuela tiene que pagar por lo que me hizo”* (sic). Al preguntarle sobre cuál cree que es el origen de ese sentimiento, Ana comenta que vivía con ambos padres y sus dos hermanas mayores hasta que a la edad de 6 o 7 años sus padres se separan sin saber ella el motivo y sin indagar más al respecto con su madre. A partir de ese momento se mudan a casa de su abuela materna, quedando ella y sus hermanas al cuidado de ésta mientras su madre sale a trabajar. Ana menciona que su abuela siempre fue muy estricta y mala con ella. Cree que su abuela no la quiere porque le hacía comentarios hirientes referentes a su peso y sus capacidades intelectuales. Que su madre la haya dejado con su abuela es percibido por Ana como de las peores cosas que ésta le pudo hacer.

Al estar de vuelta en casa de su abuela, las peleas con su madre se intensifican. Esto, además de provocar una exacerbación de los sentimientos de tristeza y enojo, trae consigo sensaciones profundas de *insatisfacción, incompletud, dependencia y autodevaluación*. Comenta que siente que nunca podrá estar bien con su madre a pesar de que ésta ha hecho esfuerzos para acercarse y agrega que nada de lo que su madre haga será suficiente para ella: *“Quiero que ella se enfoque mucho en mí, más de lo que debería... Siento que nunca pude tener todo eso que*

*debería tener, toda su atención. Siempre me hizo falta algo, quiero llenarlo, sentirme completa, llena. Me molesta no ser como me gustaría ser, siempre estoy inconforme... cuando pasan pequeñas cosas viene la explosión”* (sic). Con lo anterior, Ana se refiere a que hay ocasiones en las cuales se siente tan irritable que cualquier cosa que su madre haga o diga, o cuando alguna situación, por más irrelevante que parezca, no sale como ella deseaba, provoca que su enojo aumente de tal manera que se siente incapaz de tolerarlo, lo cual intensifica la insatisfacción, la autodevaluación y la impulsividad. También comenta que se siente vulnerable e incapaz de realizar cualquier acción: *“Siento que cada vez me es más difícil tomar decisiones... siempre ha sido complicado tomar decisiones difíciles, pero ahora dudo mucho más, incluso si estoy segura de algo... Me preocupa depender de otros para tomar una decisión”* (sic).

En los momentos de discusiones con su madre, Ana ha llegado a odiarla, sin embargo, también piensa que no tendría por qué estar enojada con ella: *“no sería justo, ella hizo lo que creía necesario para que nosotras estuviéramos bien”* (sic). Añade: *“Mi mamá debe ser más afectuosa, que siempre esté dispuesta, que no esté cansada nunca, que deje la comida preparada, que esté a mi disposición, porque yo no puedo, no estoy lista... como si fuera dependiente de ella aunque no lo sea, no es que la necesite, pero sí quiero que esté presente todo el tiempo”* (sic). Pero cuando su madre intenta ser más cercana, Ana se siente molesta, ya que interpreta que esto sólo sucede cuando ella está mal y no cuando se encuentra bien, aunque cuando está bien, siente que su madre está con ella a la fuerza.

En este punto del tratamiento se observa con claridad que la relación de Ana con su madre se desarrolla bajo el imperio de una extrema polarización. Por un lado, Ana tiene una imagen fantaseada ideal de su madre, y por otro lado, una imagen totalmente devaluada: *“A mi mamá no le interesa nada de mí, no le interesa lo que hago”* (sic); *“Cuando mi mamá está en casa siempre*



*trata de atendernos, lava los trastes, me trae la cena a la cama... ” (sic); “Siempre es lo mismo con mi mamá... de repente estamos enojadas y después bien” (sic); “Mi mamá no llegó a casa desde el viernes hasta ayer en la noche. Me siento enojada de que se vaya porque se le hace muy fácil... pero por otro lado, creo que necesita esos respiros” (sic); “A veces me siento muy bien, muy cercana a mi mamá y está todo bien... pero, cuando sucede la más mínima cosa, me molesta mucho...me molesta que no haya cumplido su función de madre” (sic).*

La relación con su madre no es la única que se desarrolla sobre este eje polarizado. Parece que Ana se ha colocado en uno de estos extremos y ha puesto a otras personas significativas en el extremo opuesto. En el caso de su hermana Daniela, Ana comenta: :*“Tuve una discusión bastante fuerte con mi hermana... le dije que la odiaba y ella me dijo que me odiaba también... La mera presencia de mi hermana me irrita, cualquier cosa que haga la tomo personal” (sic).* Hace unos meses ocurrió una pelea en la cual llegaron a los golpes: *“quería detenerme, lo estuve pensando mucho, pero no pude” (sic).* Después de esta pelea, Ana parece haberse etiquetado como la “buena e incomprendida” y a su hermana Daniela como “la mala y consentida”. Así mismo, la figura de la abuela está completamente devaluada, se refiere a ella como una mártir, interesada, hipócrita, “amarranavajas”, alguien que sólo busca molestarla. Por otro lado, idealiza tanto a su mejor amiga (Amanda) como a su pareja (Eder), colocándose ella en el otro extremo, totalmente devaluada. Respecto a esto, Ana menciona que cede demasiado con ambos y siempre hace lo que ellos quieren, en una ocasión comenta: *“Eder es muy inteligente e interesante, al igual que todos sus amigos, ¿qué tal si decide regresar con su ex... me va a decir que está aburrido de mí... no tengo nada que ofrecerle” (sic).*

Ana asegura no recordar mucho de los años en los que vivió con su padre: *“No recuerdo haber visto a mis papás juntos” (sic); “Tengo un recuerdo, pero no sé si es real: acababan de*

*comprar un refri para la casa, entonces estaba su enorme caja. Una noche estábamos ahí metidas mis dos hermanas y yo, mi hermana mayor tenía un teléfono para hablarle a mi abuelita porque mis papás se estaban peleando muy feo” (sic). Su madre le comenta que su padre era muy violento, le gritaba y la corría de la casa. Además de que éste tenía otra familia antes de estar con su madre: “Mi papá le bajó mucho la autoestima a mi mamá” (sic). Incluso su abuela le dijo que su padre llegó a golpear a su madre. Ana menciona que su mamá hace mucho énfasis en decirle que ella fue un accidente, es decir, que su embarazo no fue planeado, y que su situación actual sería distinta si su padre diera pensión. Su madre le dice que su padre siempre quiso tener un hombre, respecto a esto Ana menciona: “A lo mejor por eso se fue y se quedó con la otra familia, allá tiene tres hijos varones” (sic). Por otro lado, Ana recuerda que su madre prefería salir de casa en sus días libres en vez de pasar el día con ella y sus hermanas. En relación a esto, se ha vuelto común que cuando hay discusiones en casa, su madre le sugiera que vaya a casa de su mejor amiga a pasar unos días, esto es interpretado por Ana como un *deseo de su madre de deshacerse de ella*: “Siento que mi mamá quiere deshacerse de mí para que no le cause problemas” (sic).*

Con base en lo anterior, podría suponerse que las primeras vivencias de la paciente, e incluso su gestación, pudieron haberse desarrollado en un ambiente de violencia. Además, parece que hubo poco, o hasta nulo deseo de los padres de tener a Ana. Aunado a esto, la paciente ha experimentado su entorno muy hostil desde siempre, esto ha favorecido el surgimiento de fantasías con base en una angustia persecutoria y destructora.

Justificado en lo descrito anteriormente es posible plantearse la siguiente pregunta respecto al caso de Ana: ¿De qué manera las experiencias que Ana ha tenido a lo largo de su vida han propiciado las sensaciones de incompletud, insatisfacción, autodevaluación y dependencia,

así como su impulsividad y establecimiento de relaciones significativas a partir de polos opuestos?

### **Objetivo general del caso clínico**

Señalar la probable persistencia de los mecanismos de la posición esquizo-paranoide en Ana y cómo tal disposición estaría influyendo no sólo en su sintomatología, sino en la organización de su personalidad, la cual podría ser comprendida como fronteriza.

### **Objetivos específicos del caso clínico**

1. Analizar el tipo de angustia primordial que influye en las fantasías inconscientes de Ana.
2. Analizar la relación de Ana con sus objetos internos.
3. Analizar los principales mecanismos de defensa que emplea Ana para hacer frente a la angustia.
4. Señalar el nexo entre la sintomatología de Ana (sensaciones de incompletud, insatisfacción, autodevaluación y dependencia; su impulsividad y la relación de idealización-devaluación con las figuras significativas) con las características de una organización fronteriza de la personalidad.

### **Supuesto**

Como posible respuesta a la pregunta planteada anteriormente, se opta por establecer el siguiente supuesto: Las sensaciones de incompletud, insatisfacción, autodevaluación y dependencia que experimenta Ana, tanto como su impulsividad y la relación de intensa ambivalencia (idealización-devaluación) que tiene con las personas más significativas para ella, pueden ser explicadas por la prevalencia del uso de mecanismos de la posición esquizo-

paranoide, cuya característica principal es la integración parcial de los objetos internos, lo cual puede tener como consecuencia el desarrollo de una organización fronteriza de la personalidad.

### **Definición de categorías**

Tanto para las sensaciones de incompletud e insatisfacción, como para la autodevaluación y dependencia, se decidió realizar una agrupación por pares y asignar una categoría a cada pareja, ya que ambos elementos de cada dúo están íntimamente relacionados y se nutren mutuamente

**Objetos internos:** Son las representaciones intrapsíquicas no sólo de aquellos objetos externos, sino también del sí-mismo. Estos se generan a raíz de las primeras introyecciones, las cuales reproducen y fijan la interacción con el medio, a través de la organización de huellas mnémicas (Kernberg, 1993).

**Relaciones objetales:** “Manera en la que el sujeto se vincula con el mundo, tanto interno como externo. Esta relación es el resultado de una compleja organización de la personalidad, de una aprehensión con rasgos fantaseados de los objetos y un sistema de defensas predominante” (Laplanche y Pontalis, 1996, p. 359). Las primeras relaciones objetales internalizadas están representadas por una imagen objetal, una imagen del sí-mismo y un determinado afecto (Kernberg, 1993).

**Posición esquizo-paranoide:** Para Melanie Klein (1946), la posición-esquizo paranoide es la primera forma de organización psíquica que adopta el bebé. Dicha posición conlleva un tipo predominante de relación objetal: objetos parciales; un tipo de angustia o ansiedad determinada: paranoide; y mecanismos de defensa predominantes: idealización primitiva, negación, escisión, proyección e identificación-proyectiva.

**Sensación de incompletud e insatisfacción:** La incompletud hace referencia a aquello que no se encuentra terminado o que no cuenta con los elementos suficientes para ser percibido como lleno o entero. Por su parte, la insatisfacción puede comprenderse como aquella sensación de falta de bienestar o plenitud en una o más esferas de la vida.

**Autodevaluación y dependencia:** La autodevaluación puede ser entendida como una acción que se dirige contra sí mismo o misma, en términos pulsionales, una vuelta contra la persona propia (Freud, 1915). Su propósito es disminuir el valor de la propia persona o de sus capacidades, ya sea en el aspecto físico-biológico, psicológico o social. Ahora bien, desde la perspectiva psicológica, se concibe como dependencia al estado o situación en el cual una persona necesita de otra para poder sostenerse, desarrollarse y llevar a cabo procesos tanto fisiológicos como psíquicos; a este estado se anuda una sensación de desvalimiento.

**Impulsividad:** Se refiere a la falta de control respecto a la descarga pulsional. Se rige por el proceso primario, es decir, ante un aumento de tensión, el Yo toma la vía de descarga más rápida y directa sin tomar en cuenta las posibles consecuencias. Generalmente esta reacción intensa hacia fuera también se conoce como paso al acto

**Relación de idealización-devaluación:** Tipo de relación objetal que se caracteriza por un matiz afectivo ambivalente. Dicho afecto es muy intenso y fluctúa entre polos opuestos, lo cual dificulta sobremanera la integración de una imagen objetal completa (Kernberg, 1979).

**Organización fronteriza de la personalidad:** La manera en la cual se disponen y se relacionan distintos elementos y fenómenos psíquicos, los cuales definen la manera en la cual el individuo se manifiesta, percibe y se percibe en interacción con su mundo externo e interno. Se caracteriza por una relación objetal no metabolizada, la cual tiene como resultado la integración

parcial de los objetos internos; refleja un imperio del proceso primario y se sirve primordialmente de mecanismos de defensa primitivos, destacándose entre ellos la escisión (Kernberg, 1979).

### **Tipo de estudio**

El presente trabajo se fundamenta sobre una metodología cualitativa ya que se intenta describir de una manera más o menos sistemática los fenómenos que están siendo observados con el fin de estudiar sus causas, características e interacciones. No sólo se trata de un proceso descriptivo sino del desarrollo de un proceso flexible de inducción subjetiva compleja, para el cual tanto la calidad de las expresiones del sujeto como el papel interpretativo del investigador son fundamentales. Por tal motivo, el empleo de un marco teórico particular, la teoría psicoanalítica en este caso se vuelve esencial para su desarrollo (Quecedo & Castaño, 2002; Hernández, 2013).

Se llevó a cabo un estudio de caso desde un enfoque hermenéutico, a partir del cual se implementó un marco interpretativo que podría entenderse como un análisis psicoanalítico del discurso. Desde la perspectiva psicoanalítica, un estudio de caso hace referencia a una narración desde la experiencia particular del terapeuta en el encuentro con un paciente. Tal relato puede referirse a una sesión o conjunto de sesiones, a la sintomatología, a los intentos de curación, etc. Por lo tanto, “un estudio de caso representa una situación clínica que ilustra una elaboración teórica” (Nasio, 2013, p.17).

El análisis de la información proporcionada por el caso se llevará a cabo desde una perspectiva hermenéutica. Ésta tiene como elementos fundamentales la interpretación y comprensión particular que el investigador tiene respecto a los fenómenos que se le presentan y de los cuales forma parte. Es decir, desde la interpretación del terapeuta y su autoconocimiento

durante el proceso de investigación, además de su interacción con el paciente, tales fenómenos van a adquirir un significado co-creado. Lo anterior abre la puerta para una comprensión más profunda del caso (Castillo & Gómez, 2004).

Por su parte, el análisis del discurso, en este caso desde un enfoque psicoanalítico, tiene como objetivo revelar las categorías implícitas en el contenido de discurso del sujeto. Para esto, se sirve de la formulación de inferencias basadas en la teoría, las cuales involucran una formulación simbólica y mensajes de los fenómenos ocurridos que son transferidos dentro de un marco referencial (Krippendorff, 1990). Como herramienta principal para el estudio de caso desde el psicoanálisis, el análisis de contenido brinda la posibilidad de analizar aquello oculto, eso que se encuentra latente y no se ve a simple vista, es decir, lo no dicho que permea en todo mensaje. Así mismo, se realizan inferencias en torno a las características, antecedentes y origen de tal mensaje y sus efectos en la comunicación (López, 2002).

### **Implementación de la Técnica**

Para la obtención de información del presente estudio se emplearon tres elementos principales de la técnica psicoanalítica: la entrevista clínica, la psicoterapia psicoanalítica y la observación. En primer término, la entrevista clínica es una técnica de investigación psicológica, por lo tanto, tiene la particularidad de ampliar el conocimiento y a su vez aplicarlo dentro de un proceso de interpretación. Además de la investigación, tiene como objetivo realizar un diagnóstico, que más allá de intentar evaluar la psicopatología del paciente, pretende obtener una representación de su psique, es decir, de la organización de su personalidad (Bleger, 1972). Por su parte, Díaz (2020) se refiere a la entrevista clínica psicodinámica como a un encuentro entre la parte entrevistada y la parte que entrevista, generando así un proceso de comunicación en el marco de un vínculo intersubjetivo. “Su objetivo es instaurar una relación de trabajo con el

propósito de esclarecer los conflictos psíquicos, tanto actuales como pasados, que deterioran el equilibrio psíquico del o de los entrevistados” (p. 29).

Respecto a la psicoterapia psicoanalítica, podemos mencionar que ésta se dirige a la psique mediante la comunicación, para esto emplea como instrumento no sólo la palabra, sino todo el lenguaje, tanto verbal como preverbal, dentro de un marco de relación interpersonal terapeuta-paciente (Etchegoyen, 2010). Por su parte, Laplanche y Pontalis (1996), definen a la psicoterapia psicoanalítica como “una psicoterapia basada en los principios teóricos y técnicos del psicoanálisis, aunque sin realizar las condiciones de una cura psicoanalítica rigurosa” (p. 324). El proceso terapéutico involucra una serie de fenómenos psíquicos dentro del paciente, una dinámica de fuerzas y acciones que tienen un fin reparador (Greenson, 2004).

Por su parte, la observación implica tanto una atención, en este caso flotante, como una reflexión sobre los detalles de la expresión del lenguaje que no es sólo verbal, en la cual se ven involucrados fenómenos psíquicos como la transferencia y contratransferencia; esto posibilita una mayor comprensión de los procesos y vínculos interpersonales, así como de las situaciones y circunstancias que puedan desarrollarse (Hernández et al., 2006).

Así mismo, durante el desarrollo de este estudio, fueron necesarias herramientas tecnológicas de información y comunicación para llevar a cabo tanto las sesiones de entrevista como el proceso psicoterapéutico: conexión a internet, dispositivo electrónico capaz de conectarse a una red de internet (computadora, tablet o celular) y el uso de la plataforma o aplicación para reuniones virtuales “Zoom”.



## **Participantes**

El presente trabajo contó con la participación de una joven que al momento de iniciar las sesiones de entrevista contaba con 20 años. La cual realizó una solicitud de atención psicoterapéutica a través de la convocatoria en redes sociales lanzada por la Residencia en Psicoterapia para Adolescentes de la UNAM.

## **Escenario**

El trabajo clínico se realizó a través de la plataforma para reuniones virtuales “Zoom”. La condición necesaria establecida fue que la paciente contara con un espacio con la suficiente privacidad y comodidad para el desarrollo de su proceso psicoterapéutico.

## **Procedimiento**

La paciente se inscribió a la convocatoria para recibir atención psicoterapéutica publicada en redes sociales por la Residencia en Psicoterapia para Adolescentes de la UNAM. Llenó un formulario en el cual le fueron solicitados sus datos así como su motivo de consulta. Una vez revisada su solicitud, fue asignada como paciente al autor del presente trabajo.

Se realizaron cuatro sesiones de entrevista clínica por medio de la plataforma para reuniones virtuales “Zoom” con el propósito de conocer parte de la organización de la personalidad de la paciente, elucidar hipótesis diagnósticas y conocer tanto sus expectativas como dudas de lo que podría llegar a ser un proceso psicoterapéutico. Una vez realizada la devolución de la evaluación clínica, se acordó con la paciente iniciar un proceso psicoterapéutico cuyo encuadre implicaba una sesión por semana (posteriormente cambió a dos veces por semana) en un horario acordado por la paciente y el terapeuta; se leyó junto con ella un consentimiento informado en el cual se estipulaba que todo lo que se abordara durante las sesiones tenía un

carácter confidencial y que podría ser utilizado únicamente con fines formativos académicos y/o de investigación. Este consentimiento se le fue enviado vía electrónica para su firma y posterior devolución tanto al terapeuta como a la institución.

Tanto las sesiones de entrevista como las primeras del proceso psicoterapéutico como tal, sirvieron para la elaboración de la historia clínica de la paciente y las primeras hipótesis diagnósticas. Mientras el proceso terapéutico avanzaba, el material clínico obtenido adquirió valor no sólo para descartar, robustecer, complementar o complejizar las primeras hipótesis, sino también para la elaboración de nuevas elucidaciones y supuestos.

Así mismo, tanto la técnica psicoterapéutica como el material clínico obtenido fueron estudiados, comprendidos y analizados en los espacios formativos brindados por la Residencia: las Clases teórico-prácticas y la Supervisión Clínica, con el propósito de brindar una atención profesional y de calidad.

Finalmente, se llevó a cabo un cierre en las últimas sesiones del tratamiento con el propósito de integrar el trabajo realizado durante todo el proceso, así como de reconocer tanto los objetivos alcanzados como las áreas y conflictos en los cuales se sugiere continuar elaborando. El proceso psicoterapéutico concluyó con un total de 126 sesiones.

### **Consideraciones éticas**

El presente estudio se realizó bajo los tres componentes imprescindibles del trabajo psicoterapéutico psicoanalítico: la formación y el respaldo teórico, la supervisión clínica por profesionales expertos del área, y el propio análisis personal. Asimismo, se tomaron en consideración los lineamientos que establece el Código Ético del Psicólogo (2010) en los siguientes artículos:

- **Artículo 61.** Confidencialidad debida de los datos proporcionados por el paciente.
- **Artículo 68.** Anonimato, uso de seudónimos y disfrazamiento de los datos del paciente de modo que otros no puedan identificarlo y no se provoque daño al paciente.
- **Artículo 73.** El psicólogo protegerá y velará los derechos y bienestar de los participantes, antes que los de la investigación.
- **Artículo 117.** El psicólogo acompañará el trabajo con el paciente durante el tiempo que éste así lo decida, teniendo este último la libertad de finalizarlo.
- **Artículo 118.** El psicólogo obtiene consentimiento informado apropiado a la terapia, investigación u otros procedimientos, utilizando un lenguaje entendible y proporcionando la información concerniente al procedimiento.
- **Artículo 121.** El psicólogo obtiene permiso del paciente para el registro o grabación de sesiones o entrevistas.
- **Artículo 124.** En el caso de menores de edad, el psicólogo obtendrá permiso apropiado de una persona autorizada legalmente.
- **Artículo 136.** El psicólogo informa a los participantes en una investigación acerca de la posibilidad de compartir o usar subsecuentemente los datos de la investigación.

A su vez, se implementó un consentimiento informado en el cual se establecieron las bases para el tratamiento, así como los derechos y responsabilidades a cumplir por parte del terapeuta y paciente, y el acuerdo de uso confidencial de la información con fines profesionalizantes.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación, se presenta el análisis de los resultados, se discute e interpreta el material aportado por la paciente, para lo cual se incluyen fragmentos del discurso de Ana que fueron recolectados a lo largo del proceso psicoterapéutico. El análisis y discusión de dicho material, así como de los fenómenos psíquicos observados, se basan tanto en la teoría psicoanalítica expuesta previamente en el marco teórico de este trabajo como en los conocimientos teórico-prácticos obtenidos en los espacios formativos de esta Residencia.

Esta sección cuenta con cinco apartados cuyo contenido debe ser entendido como secuencial, complementario e incluyente, es decir, tanto la elaboración como la comprensión de las primeras interpretaciones a su vez guían la realización y el entendimiento de las interpretaciones siguientes, dando como resultado un análisis integral del caso clínico.

### **La frustrante búsqueda de satisfacción y plenitud: ¿Qué es lo que le falta a Ana?**

*“Siempre estoy esperando algo más...*

*nada me llena, algo me falta” (sic)*

Durante casi todo el proceso psicoterapéutico, Ana manifiesta, de una manera casi generalizada, sensaciones de insatisfacción e incompletud:

*“Siempre estuve inconforme con la vida que me tocó vivir” (sic).*

*“No sé qué necesito o qué me hace falta” (sic).*

*“Para estar completa necesito no tener miedo, pero siempre estoy esperando más” (sic).*

*“Necesito algo que me haga sentir completa. No puedo estar satisfecha. Nunca es suficiente. Siempre falta esa pieza que no estoy segura de qué es... Que un día me sienta plena y feliz, que todo lo malo sea recompensado con esa sensación de plenitud”* (sic).

La intensidad de estas sensaciones suele exacerbarse en los momentos más angustiantes que vive Ana, los cuales generalmente se presentan en los conflictos con los otros significativos, particularmente su madre. Ana hace constantemente reclamos agresivos, ya que en su fantasía es obligación de su madre haberle provisto, y continuar haciéndolo, de más, más confianza, más herramientas, más de eso que le hace falta, y que, según su fantasía inconsciente, a su madre le sobra (Klein, 1957):

*“Quiero que ella (su madre) se enfoque mucho en mí, más de lo que debería... Siento que nunca pude tener todo eso que debería tener, toda su atención. Siempre me hizo falta algo, quiero llenarlo, sentirme completa, llena. Me molesta no ser como me gustaría ser, siempre estoy inconforme... cuando pasan pequeñas cosas viene la explosión”* (sic).

Este reclamo aireado a su madre está provisto de un monto desbordante de tensión que, al no encontrar una vía de descarga satisfactoria, deviene en una frustración que da lugar a una intensa agresión. De manera análoga, podemos pensar en esta situación como aquella en la cual el bebé se encuentra hambriento y tras no encontrar satisfacción se desborda en una descarga agresiva, manifestada en llanto e intensos movimientos corporales. Respecto a este ataque agresivo, podemos notar dos caminos (Klein, 1946): el primero de estos se dirige hacia el objeto, el pecho, el cual es vivido, en un entramado entre fantasía y realidad, como aquella parte tan nutricia y a la vez tan frustrante que pertenece a la madre de Ana; aquella parte que contiene todo de lo que Ana carece, lo que le hace falta para sentirse satisfecha y completa, cualidades que desde esta fantasía, sí tiene su madre. Lo anterior despierta tanto una envidia muy primaria como

el deseo voraz de obtener todo de ella, de saquearla mediante un ataque intenso, destructor (Klein, 1957, Segal, 2010):

*“Ella (su madre) sí tiene confianza, sí sale con sus amigas siempre que tiene la oportunidad, no se preocupa por nada ni por nadie...” (sic).*

*“Hay situaciones en que necesito que mamá me muestre afecto, que esté más presente, que me diga qué hacer y siempre llego a la conclusión de que es porque no me siento lista, hasta que mi mamá no llene ese espacio que quiero que llene, nunca me voy a sentir satisfecha, aunque puede que no le toque a ella, quiero que lo haga” (sic).*

Por otro lado, este aumento de tensión también es fantaseado como un terrible ataque de esta parte tan frustrante del objeto, aquel pecho “malo” que es representado ahora por un fragmento de la madre de Ana, que es una “mala” madre, una desconsiderada por no darle todo lo que su hija necesita (Klein, 1957). Este ataque se experimenta desde el interior, por medio de una identificación introyectiva (Green, 1994; Segal, 2010), es fantaseado como un desgarrar, una destrucción de otros objetos internos en el interior del Yo, lo cual puede explicar el sentimiento de incompletud de Ana (Segal, 2010):

*“Las cosas que hago para sentirme bien son muy momentáneas, nada me llena, algo me falta” (sic).*

A partir de este punto sobresalen la intensidad e importancia del conflicto de Ana con su madre y lo difícil que es para la paciente, por un lado, encontrar vías de descarga satisfactorias para los afectos y sensaciones que este vínculo trae consigo (enojo, tristeza, frustración, envidia, agresión, un deseo voraz, sensación de insatisfacción e incompletud), y, por otro lado, comprender el por qué de tales emociones y pensamientos. La combinación de estos factores

dificulta que Ana comience tanto a pensar el conflicto como a pensarse a sí misma de una manera diferente, desde otra posición, lo que favorecería el proceso secundario y por ende elaboración del conflicto (Bion, 1959 citado por Segal, 2010):

*“Nunca podré estar bien con mi mamá. A pesar de que hace esfuerzos por acercarse a mí, sólo lo hace cuando estoy molesta, y eso es como si no fuera natural, lo cual me enoja aún más... parece que nada de lo que hace es suficiente para mí” (sic).*

*“Mamá no llegó a casa desde el viernes hasta ayer en la noche. Me siento enojada de que se vaya porque se le hace muy fácil... pero, por otro lado, creo que necesita esos respiros” (sic).*

*“A veces me siento muy bien, muy cercana a mi mamá y está todo bien... cuando no llega a dormir me siento muy angustiada porque creo que ella debe cumplir su función de madre siempre y que no suceda así me molesta” (sic).*

*“Hay situaciones en que necesito que mamá me muestre afecto, que esté más presente, que me diga qué hacer y siempre llego a la conclusión de que es porque no me siento lista, hasta que mi mamá no llene ese espacio que quiero que llene, nunca me voy a sentir satisfecha, aunque puede que no le toque a ella, quiero que lo haga” (sic).*

Así mismo, parece que este conflicto y dinámica se desarrollan también con sus otros objetos significativos. Esto puede ejemplificarse con el desarrollo de la transferencia: frustrada por no obtener las respuestas que desea, Ana ataca al espacio terapéutico y con esto, al terapeuta, sintiéndose también atacada por él. Con base en lo anterior, es posible comenzar las elucidaciones sobre el vínculo de idealización-devaluación que impera en sus relaciones de objeto:

*“Siento que no estoy haciendo mucho en este espacio (la psicoterapia) ... pero pasaría lo mismo en otro enfoque, nada me satisface” (sic).*

### **El reflejo de la autodevaluación y la dependencia: La autopercepción de Ana**

*“No tengo nada especial en mí, nada destacable...*

*A veces me siento muy sola como si no tuviera a nadie en la vida...*

*Me preocupa pensar que soy dependiente, es evidente que lo soy...” (sic)*

En el apartado anterior se observan ciertas trazas que podrían explicar la sintomatología de Ana, además de que brindan un conocimiento valioso para la comprensión de su organización psíquica. Pasemos a centrar nuestra atención a un elemento que surge casi a la par de aquel estado de aumento de tensión que experimenta Ana: la angustia; sabemos que la angustia es un estado afectivo, una señal ante el peligro y sus posibles consecuencias (Freud, 1926).

Con lo anterior en mente y partiendo de lo planteado en el apartado previo respecto a las primeras experiencias de la vida psíquica, sabemos que aquella sensación displacentera del aumento de tensión es vivida como un ataque, un intento de destrucción masivo que viene desde fuera. Es así como surge una angustia apuntalada en el instinto de muerte, una ansiedad persecutoria, la cual sienta las bases de la interacción de aquel Yo lábil con el mundo exterior y con los objetos (Klein, 1952).

Parece que Ana continúa experimentando su mundo y por ende sus objetos internos, tanto hostiles como perseguidores; y como en aquellos tiempos preverbales, se sirve de mecanismos de defensa psicóticos para lidiar con tal situación (Klein, 1946). Podríamos decir que Ana escinde una parte de su Yo que es mortífera, una parte llena de tensión y agresión, y la proyecta en aquel objeto primordial, el pecho, que es un fragmento de su madre. Incluso, esta fantasía de escisión



puede escindir a aquella parte “mala” de su madre en un sinnúmero de objetos para aminorar la angustia, pero esto puede jugar en contra dando como resultado más objetos amenazantes (Segal, 2010).

Ana también conserva una parte de aquel instinto de muerte en su interior, la cual puede ser empleada para defenderse y atacar impetuosamente, ahora con gritos, insultos, devaluaciones y violencia alrededor, a aquella parte de su madre que ha quedado identificada como “mala” (Segal, 2010). Por ejemplo, Ana comenta que durante las discusiones con su madre azota la puerta, le grita estruendosamente, avienta objetos, aprieta tanto sus puños hasta que le duelen las manos e incluso ha pensado en cortarse, pero no lo ha concretado:

*“En los momentos de las peleas más fuertes con mi mamá siento que la odio y eso me da miedo... tengo miedo de que de verdad la odie” (sic).*

Así mismo, cuando su madre no hace lo que ella espera, Ana lo interpreta como una terrible falta de amor, cuidado y atención. De manera consciente esto le provoca una gran tristeza pues no se siente correspondida en el afecto y anhela el amor incondicional de su madre, pero desde un plano inconsciente-preconsciente existen una rabia y enojo muy profundos con aquel objeto, pues no cumple con sus expectativas ni satisfacciones, lo cual refuerza la identificación de su madre como “mala”. Se ha vuelto común que cuando hay discusiones intensas en casa, ya sea con su madre o con su abuela, su madre le sugiera que vaya a casa de su mejor amiga a pasar unos días, lo cual Ana interpreta como un deseo de su madre de deshacerse de ella:

*“Siento que mi mamá quiere deshacerse de mí para que no le cause problemas” (sic).*

En el caso del vínculo que Ana mantiene con su abuela, ésta ha quedado intensamente identificada como “mala” y hostil. La paciente menciona que su abuela es una mujer nefasta,

terrible, entrometida, una persona que sólo busca agredirla y que todo el tiempo está al pendiente para molestarla. Ana sostiene que desde que tiene memoria su abuela es de esa manera con ella y no tiene idea del por qué. Recuerda que cuando era niña su abuela le hacía comentarios hirientes sobre su peso y su capacidad intelectual. En este vínculo es posible observar como la realidad externa, la personalidad y actitudes de la abuela de Ana, influyen en la fantasía, percepción e identificación de tal objeto como “malo” y hostil en extremo, al cual hay que atacar y destruir:

*“Odio a mi abuela, es una persona nefasta, le tengo mucho rencor, quiero que sienta lo que yo siento... darle algo de vuelta por lo que ella me hizo” (sic).*

*“Creo que, para sentirme más tranquila, mi abuela tiene que pagar por lo que me hizo” (sic).*

Ahora bien, cuando Ana aquellas partes “malas” fuera de sí en su madre, su abuela y otros objetos significativos, surge en ella una sensación de vacío, la cual clama por ser llenada nuevamente, y casi como un arco reflejo, Ana introyecta y se identifica también con ese objeto “malo” (Green, 1994):

*“Yo soy la única a la que señalan como si todo fuera mi culpa” (sic).*

Parece que estos mecanismos dejan a Ana sin salida, pues, por un lado, existe un temor a que su madre o sus otros objetos significativos cobren venganza por dichos ataques, y con ello la dejen aún más desprovista de herramientas de lo que se siente; y por otro lado, hay un gran temor de que estas partes “malas” introyectadas se apoderen de ella y la controlen, que arrasen con cualquier cualidad positiva o “buena” que ella pudiera tener. Si aquella ansiedad persecutoria, disparada por la amenaza de partes “malas” de los objetos significativos para ella: madre, abuela, terapeuta, etc., se vuelve tan intensa, el Yo de Ana puede verse forzado a desintegrarse, escindir en muchos pedazos para dejar de sentir (Bion, 1957):

*“Estoy anestesiada de todo, ya no quiero sentir...no sé que es lo que va a pasar luego”*

(sic).

Tal parece que la angustia de Ana no es sólo una señal ante estas amenazas, sino que es también la consecuencia directa del factor traumático (Freud, 1933), pues en el mundo interno de Ana estas situaciones de peligro se vuelven realidad constantemente. Lo anterior trae consigo una serie de consecuencias que afectan tanto el posicionamiento de Ana frente a sus objetos como su estado psíquico. Puede observarse en la paciente el deseo vehemente de un objeto “bueno”, idealizado primitivamente, que dé solución a todos sus conflictos; Así mismo es posible observar en Ana un estado de vulnerabilidad y dependencia, además de una autopercepción devaluada. La paciente se siente incapaz de poder procurarse satisfacciones por sí misma, no confía en sus decisiones y constantemente anhela que alguien más le diga qué hacer:

*“Espero que alguien me diga qué tengo que hacer, lo espero de aquí (la psicoterapia), porque no me siento capaz de hacerlo, no sé qué es lo correcto”* (sic).

*“No quiero ser independiente”* (sic).

*“No me siento capaz... no estoy lista para tomar las riendas de mi vida”* (sic).

*“No me gusta nada de mí”* (sic).

*“Con el tiempo me vuelvo más aburrida y mis pensamientos más abrumadores”* (sic).

*“No sé por qué Eder se fija en mí, yo no tengo nada interesante”* (sic).

*“Creo que no tengo mucho que ofrecer, que no soy suficiente, siento que no hay nada especial o particular en mí para que las personas digan: a ella no la cambiaría. No me siento con mucho valor y siento que las personas van a ver eso en mí”* (sic).

Podemos colegir que una sensación de vulnerabilidad y dependencia están estrechamente ligados a un estado de desvalimiento, lo cual se hace evidente en la sensación y miedo al abandono que permean significativamente los vínculos de Ana. Dicho estado de desvalimiento parece reforzar tanto la dependencia como la autodevaluación, dando como resultado un círculo vicioso que pone en riesgo el estado psíquico de la paciente:

*“Temo decirle a Amanda lo que me molesta de ella porque puede que lo tome a mal y ya no quiera ser mi amiga y deje de hablarme para siempre”* (sic).

*“Siempre dejaba decidir a Amanda las cosas que hacíamos cuando salíamos, que afortunadamente coincidían con lo que yo quería, pero siempre tuve miedo de pedirle que hiciéramos algo que yo deseaba... me daba miedo que se molestara”* (sic).

*“Tengo miedo de que Eder se aburra de mí y me deje”* (sic).

*“Por más que lo intento no puedo poner límites con Eder, no puedo decirle lo que me molesta o decirle que no cuando me pide que nos quedemos más tiempo en un lugar... temo que me compare con su ex y que piense que no soy interesante y me deje”* (sic).

*“He estado teniendo relaciones sexuales sin protección y no sé cómo decirle a Eder que usemos condón, siento que lo va a tomar a mal...”* (sic).

*“Siento que cada vez me es más difícil tomar decisiones... siempre ha sido complicado tomar decisiones difíciles, pero ahora dudo mucho más, incluso si estoy segura de algo... Me preocupa depender de otros para tomar una decisión”* (sic).

Si bien, autores como Winnicott (1965) o Segal (2010) hacen referencia a un ambiente lo suficientemente bueno para el desarrollo psíquico del bebé, en el cual las satisfacciones superen a las frustraciones y estas últimas se lleven a cabo de una manera gradual que las haga soportables,

Ana comenta que no tiene muchas memorias de aquella época y que los recuerdos y sensaciones que conserva de su infancia son mayormente placenteras. Debido a lo anterior, las elucidaciones respecto al origen preciso de la sintomatología de Ana encuentran una limitante, es decir, nunca podremos saber a ciencia cierta cuales fueron las experiencias reales de la primera infancia de Ana; sin embargo, sí es posible conocer y trabajar sobre sus percepciones, fantasías y representaciones internas formadas en torno a su historia de vida. Nada pasa desapercibido para el inconsciente.

Partiendo de la anterior premisa, podemos señalar que las interpretaciones elaboradas hasta el momento nos permiten elucidar que las sensaciones de incompletud, insatisfacción, autodevaluación y dependencia hasta ahora analizadas, además de la evidencia proporcionada por la paciente, están estrechamente ligadas con una sensación de desamparo y abandono, y aquella intensa angustia que experimenta Ana también puede ser una reacción ante una pérdida o separación inminentes (Freud, 1926).

Con base en lo anterior, podemos hipotetizar que el conflicto central de la paciente se remonta a una etapa muy temprana en su vida, una etapa en la cual la relación anaclítica y por ende la conformación narcisista se vuelven cruciales para el desarrollo del aparato psíquico (Bergeret, 1980); por lo tanto, nos es posible suponer también que el estado de desvalimiento que experimenta Ana, manifestado en sensaciones de incompletud, insatisfacción autodevaluación y dependencia, puede deberse a fallas que atañen a la función libidinizadora y narcisizante de aquel objeto primordial (Hornstein, 2008):

*“No sé qué haría si no puedo estar bien con mi mamá. Estar mal con ella es terrible, pero parece que nada va a cambiar” (sic).*

*“Me gustaría que mi mamá estuviera siempre más cerca de mí, que no se vaya y llevarme bien con ella... que no nos enojáramos como sucede ahora... que no me hiciera sentir mal, que no me quiere” (sic).*

Así mismo, Ana menciona que en su familia nadie habla de cómo se sienten o cómo podrían resolver los conflictos. También comenta que su madre prefiere estar con sus hermanas o salirse de casa antes que estar con ella y que siempre lo ha experimentado así. La acumulación de estas situaciones intensifica las sensaciones displacenteras de Ana:

*“Si le digo a mi mamá cómo me siento, seguro que no le va a importar” (sic).*

*“Cuando hay una discusión, me gustaría que mi mamá me preguntara a mí la versión de las cosas, o que pidiera mi opinión respecto a las decisiones que se van a tomar... que me tomara en cuenta en vez de sólo señalarme” (sic).*

Cabe mencionar que otro mecanismo primario característico de la posición esquizo-paranoide también es parte fundamental de la organización psíquica de Ana: la negación (Klein, 1948). Se ha podido observar que la paciente parece negar su responsabilidad o las partes “malas” de su Yo en el vínculo conflictivo con su madre o abuela, lo cual es primordial en las primeras etapas de la vida, pero que en la actualidad parece perjudicar, al igual que la escisión, la metabolización de las relaciones objetales (Kernberg, 1993).

Podemos pensar también en las siguientes elucidaciones respecto a la sintomatología de Ana, particularmente en torno a la autoevaluación y dependencia. Es sabido que la identificación con el objeto ideal es crucial tanto para que el Yo pueda hacer frente a la angustia como para la integración de los objetos (Segal, 2010). En el caso de Ana, puede ser que la idealización primitiva del objeto primordial, otro mecanismo de defensa crucial de la posición

esquizo-paranoide (Klein, 1946), haya devenido hipertrófica, transformándolo en un objeto inalcanzable, provocando que los intentos de identificación de Ana con este sean por lo regular infructuosos, dando como resultado sensaciones de desesperanza, devaluación e incapacidad.

Así mismo, una idealización tan rígida hace que la percepción del objeto sea tanto amenazante como envidiable en extremo. Es por eso que Ana también hace un ataque a ese objeto ideal para defenderse, una devaluación extrema a su madre y a su abuela como una extensión o parte de su propia madre. Empero, la intensa envidia que Ana puede estar sintiendo por esa madre ideal puede estar agravando la devaluación, por lo cual, la pone en riesgo de quedar destruida por los ataques:

*“Cuando mi mamá quiere acercarse a mí, me molesto porque sólo lo hace cuando estoy enojada y eso me enoja aún más, no lo siento genuino...”* (sic).

Una escisión en miles de partes puede presentarse como una opción para dejar de sentir esa amenaza de la madre hiperidealizada, lo cual también puede estar provocando esa sensación de vaciamiento yoico en Ana (Bion, 1957). De igual manera, Ana podría defenderse de este objeto hipertrofiado atacando al vínculo que mantiene con éste (Bion, 1959, citado por Segal, 2020); sin embargo, este ataque puede afectar también al vínculo entre partes del sí-mismo de Ana, lo cual puede devenir en una dificultad para enlazar lo que siente, sus afectos, con posibles soluciones que no dependan cien por ciento de los demás.

En resumen, desde esta perspectiva, podemos suponer que en el caso de Ana la idealización primitiva del objeto primordial devino hipertrófica, transformándolo en un objeto inalcanzable, provocando que los intentos de identificación de Ana con este sean por lo regular infructuosos, dando como resultado sensaciones de desesperanza, devaluación e incapacidad. Nos

encontramos aquí con un círculo que puede llegar a ser muy peligroso: la envidia dificulta la introyección y a su vez incrementa la agresión (Segal, 2010).

Sin embargo, Ana está a punto de concluir una licenciatura, ha encontrado un trabajo, mantiene una relación de pareja y se ha mantenido constante en su proceso terapéutico; lo anterior muestra que, si bien el objeto ideal es blanco de constantes ataques debidos a una posible idealización extrema, su internalización ha dejado dividendos favorables. En la realidad Ana posee cualidades y capacidades que le han permitido alcanzar objetivos y procurarse satisfacciones, pero lo que hemos estudiado hasta ahora, además de su intensa angustia a razón de quedar desvalida, han comprometido la percepción de su realidad externa e interna, así como la integración de su sí-mismo y sus otros objetos internos (Kernberg, 1979).

### **¡Es todo o nada! La radiografía de los vínculos de Ana**

*“Quiero mucho a mi hermana, me llevo muy bien con ella,  
podemos platicar de muchas cosas” (sic).*

*“Ya no soporto a mi hermana, tuvimos una discusión muy fuerte...  
siento que la odio y ella a mí también” (sic).*

Recientemente se ha mencionado una sensación de desamparo que está ligada a la sintomatología de Ana. Podemos pensar que aquel aumento de tensión, al no encontrar la satisfacción anhelada, ya sea en forma de confianza, una respuesta específica, un amor idealizado, etc., pasa de la frustración al vaciamiento, dejando una sensación de vulnerabilidad, de abandono. Se trata de un abandono de aquel objeto primordial, que no ha sido del todo malo pues podemos deducir que en las huellas mnémicas de Ana está inscripta esa satisfacción que en algún tiempo le fue proporcionada y, que ahora, ella busca vehementemente (Freud, 1940). A



causa de estas satisfacciones del pasado, una parte de la madre de Ana ha adquirido la cualidad de “buena”, una madre que satisface, que llena de libido al Yo de Ana, y esta libido también es proyectada de nuevo en su madre para establecer un vínculo con ella, como lo hace aquel bebé para sostenerse en la vida (Segal, 2010):

*“Pienso que no sería justo estar todo el tiempo enojada con mi mamá, ella hizo lo que creía necesario para que nosotras estuviéramos bien” (sic).*

Para que esta parte bondadosa de la madre de Ana logre sobrevivir, es necesario que Ana niegue tanto las frustraciones como a la parte o partes malas de su madre, dando como resultado una idealización intensa, pues posee elementos de la omnipotencia infantil. Es así como Ana ha establecido un tipo de relación ambivalente con su madre: por un lado, tanto las satisfacciones que ha obtenido de ésta como la negación de su contraparte frustrante, refuerzan la idealización primitiva y por tanto la fantasía de que su madre posee todo lo bueno, todo lo que le hace falta; y, por otro lado, una madre que frustra, que es fantaseada como persecutoria, a la cual Ana debe atacar y controlar para que se mantenga lejos de su madre ideal y de aquellos objetos “buenos” en su interior, esto lo hace devaluándola a ella y a lo que ésta pueda ofrecerle (Klein, 1948). Lo anterior da como resultado una relación intensamente polarizada:

*“Me gustaría que mamá siempre esté ahí para mí, para cualquier decisión que tome” (sic).*

*“A mí mamá no le interesa nada de mí, no le interesa lo que hago” (sic).*

*“Cuando mamá está en casa siempre trata de atendernos, lava los trastes, me trae la cena a la cama...” (sic).*

*Siempre es lo mismo con mamá... de repente estamos enojadas y después bien” (sic).*

Aunados a los mecanismos de defensa descritos previamente, elementos como la voracidad, la dependencia, la ansiedad paranoide, la angustia de abandono, entre otras sensaciones que hasta este punto se han analizado, se suman al complejo matiz afectivo que permea el vínculo de Ana con su madre:

*“Mamá debe ser más afectuosa, que siempre esté dispuesta, que no esté cansada nunca, que deje la comida preparada, que esté a mí disposición, porque yo no puedo, no estoy lista”*

(sic).

*“Quiero que esté siempre (su madre), recibir mucho de ella. Necesito que esté para sentirme segura, como si fuera dependiente de ella, aunque no lo sea, no es que la necesite, pero sí quiero que esté presente todo el tiempo”* (sic).

Este parece ser el arquetipo para las relaciones de Ana con aquellas personas significativas, un vínculo que oscila entre la idealización y la devaluación. Esta relación de idealización-devaluación con el objeto puede configurarse de distintas maneras, por ejemplo, su abuela representa todo lo “malo”, lo devaluado y ella, Ana, se coloca en la parte “buena”, la que no le ocasiona problemas y a pesar de su bondad, es atormentada por aquella mujer.

En el caso de su novio, puede observarse una representación del conflicto con su madre: por un lado, éste parece tener todas las cualidades, ser muy inteligente e interesante, al igual que sus amigos, que podrían ser vistos como partes escindidas de éste, y, por el contrario, Ana se percibe frente a él como sin nada que ofrecerle, totalmente devaluada, lo cual alimenta su angustia por temor a un posible abandono. Así mismo, cuando él no puede llegar a una cita, necesita cambiar el plan que tenían o no la ayuda como ella quisiera, Ana se frustra demasiado, experimenta un enojo muy intenso y devalúa los intentos de su novio por resarcir la situación.

*“Si Eder no puede verme un fin de semana me siento muy mal, muy triste al principio, pero después me encuentro muy molesta y ya no quiero hablarle ni verlo” (sic).*

Sin embargo, en ciertas ocasiones, el temor al abandono impide que Ana pueda descargar su agresión en modo de devaluación, y, por consiguiente, parece que esa pulsión destructiva se vuelve contra sí misma (Freud, 1915), esto puede devenir en un debilitamiento yoico que alimente las sensaciones de vacío e insatisfacción mencionadas previamente.

El círculo vicioso perjudicial de Ana se complejiza: al sentirse frustrada e incompleta, escinde a sus objetos en partes “buenas” y “malas”, niega y ataca a éstas últimas e idealiza primitivamente a las primeras; anhela que sus objetos significativos satisfagan todas sus necesidades y alivien sus tensiones, pero, al no suceder esto, el ciclo de las sensaciones de incompletud, insatisfacción, autodevaluación y dependencia, aunado a todos los fenómenos ya analizados, vuelve a repetirse.

*“¿Cuál va a ser la diferencia de estar aquí o no estar (en la psicoterapia) ?, si no voy a obtener lo que estoy buscando... sí me molesta un poco” (sic).*

### **De armas tomar: La impulsividad de Ana**

*“Sería muy agresiva con mi hermana, me desquitaría con sus cosas...*

*siento que no pienso y sólo actúo,*

*parte de mi miedo es eso: perder el control” (sic).*

Hasta este punto podemos observar la puesta en escena de defensas particulares de la posición esquizo-paranoide que forman parte de la organización de la personalidad de Ana: una vez efectuado el mecanismo de escisión, los mecanismos de proyección e introyección, así como la identificación proyectiva e introyectiva, operan de manera conjunta con el propósito principal,

más no el único, de mantener a los objetos “malos” tan alejados como sea posible de los objetos ideales, lo cual brinda una sensación de control necesaria para el desarrollo ulterior (Segal, 2010).

Sin embargo, al igual como le ocurre a aquel bebé que sufre las inclemencias del mundo, los mecanismos del aparato psíquico de Ana encuentran dificultades para la descarga pulsional a través del proceso secundario, siendo así que ante un aumento de tensión Ana siente una amenaza de desborde, una pérdida de control que generalmente deviene en la descarga inmediata.

Podemos decir que el pensamiento de Ana se precipita, trata de anticiparse de manera abrupta, lo cual merma su proceso secundario, algo que sucede en organizaciones psicóticas y fronterizas (Bion, 1957):

*“Estaba discutiendo muy feo con mi hermana... comenzamos a pelearnos con golpes, yo quería parar, pero no podía” (sic).*

*“Cuando discuto con mi mamá me siento muy muy enojada, tengo miedo a que algo malo suceda, a que pueda perder el control” (sic).*

*“...fui a una fiesta, yo no quería preocuparme por nada, y terminé tomando mucho y fumé marihuana... terminé muy ebria y drogada...” (sic).*

*“Me hizo sentir súper mal que yo no conozca nada de este chico y aún así tuvimos sexo... me siento peor porque no utilizamos protección” (sic).*

Ana también comenta que en una ocasión aventó al gato de su hermana, ya que este se encontraba en su lugar, ocasionando con ello una pelea intensa. Además, como se ha mencionado previamente, durante las discusiones, la paciente suele arrojar objetos, algunos de éstos muy valiosos como su laptop, en ese momento no es capaz de reparar en las posibles consecuencias.

Así mismo, esta vía de descarga primaria ha exacerbado sus síntomas, y promovido las sensaciones de desamparo, frustración y desvalimiento. Esta impulsividad de Ana se suscita en conflictos con sus objetos más significativos: su madre, sus hermanas y en presencia de su novio, sin embargo, no ha sido así en presencia de su mejor amiga o del terapeuta, esto parece dar la impresión de que esta descarga violenta de Ana fuera selectiva, lo cual también daría pistas de una escisión y departamentalización de su mundo interno (Kernberg, 1993). Por ende, las sensaciones de insatisfacción, incompletud, autodevaluación y dependencia también dan indicios de las dificultades de Ana para encontrar las adecuadas vías de sublimación (Kernberg, 1979).

### **Escinde y Sobrevivirás: La organización de la personalidad de Ana a partir de objetos parciales**

*“Siento que estoy provocando lo mismo que no me gustaba:*

*que todos estuviéramos divididos” (sic).*

Con base en el análisis clínico de Ana realizado hasta ahora, desde la teoría de las relaciones objetales y desde la teoría de las posiciones propuesta por Melanie Klein, podemos observar que la organización de la personalidad de Ana se dispone en torno a una persistencia de los mecanismos y angustias característicos de la posición esquizo-paranoide. No podemos atribuir la causa de tal disposición a un factor único, sino que la organización de la personalidad implica una interacción dinámica flexible y responde a elementos biopsicosociales del individuo.

En el caso de nuestra paciente, podemos colegir que factores como su envidia y agresión primarias intensas, su voracidad, además de posibles consecuencias iatrogénicas de los mecanismos de defensa: negación, idealización, escisión, proyección e identificación proyectivas, se combinan con factores ambientales como su contexto sociocultural y familiar; y con

experiencias de su historia de vida que pudieron haber sido percibidas como frustrantes o traumáticas, como la sensación de rechazo y abandono que sintió a raíz de que su madre tuvo que trabajar y la dejara a cargo de su abuela, cuyo trato Ana siempre sintió como hostil, o como el abandono real de su padre cuando ella tenía 6 o 7 años de edad.

Respecto a su infancia, Ana señala que no tiene muchos recuerdos de cuando vivía con su papá y su mamá. Sin embargo, su madre le comenta que su padre era muy violento, le gritaba y la corría de la casa. Además de que éste tenía otra familia antes de estar con su madre. Incluso su abuela le dijo que su padre llegó a golpear a su madre, aunque Ana no cree mucho de lo que su abuela le dice:

*“No recuerdo haber visto a mis papás juntos” (sic).*

*“Tengo un recuerdo, pero no sé si es real: acababan de comprar un refrigerador para la casa, entonces estaba su enorme caja. Una noche estábamos ahí metidas mis dos hermanas y yo, mi hermana mayor tenía un teléfono para hablarle a mi abuelita porque mis papás se estaban peleando muy feo” (sic).*

*“Mi papá le bajó mucho la autoestima a mi mamá” (sic).*

Ana menciona que su madre le dice con mucho énfasis que fue un accidente, es decir, que su embarazo no fue planeado, y que su situación económica actual sería mejor si su padre diera pensión. Además, su mamá también le comenta que su padre siempre quiso tener un varón. Estos hechos causan tristeza y culpa en la paciente:

*“A lo mejor por eso se fue y se quedó con la otra familia, allá tiene tres hijos varones” (sic).*

También hemos mencionado que Ana recuerda que su madre prefería salir de casa en sus días libres en vez de pasar el día con ella y sus hermanas, y cómo es común que su madre no

tome en cuenta su opinión o refuerce su idea de que ella es la causante de todos los problemas pidiéndole que salga de casa cada vez que hay una discusión fuerte.

Con base en lo anterior, podría suponerse que las primeras vivencias de Ana, e incluso su gestación, pudieron haberse desarrollado en un ambiente de violencia. Además, parece que hubo poco, o nulo deseo de los padres hacia ella. Aunado a esto, la paciente ha experimentado su entorno muy hostil desde siempre, esto ha favorecido el surgimiento de fantasías con base en una angustia persecutoria y destructora.

Con lo analizado hasta este punto, y subrayando la importancia del conflicto preedípico en el devenir de la organización psíquica del individuo, podemos hipotetizar que quizás hubo una falla en la función tanto de continente como de reveriè de la madre de Ana en los primeros días de su vida. Parece que la paciente no pudo ser contenida de una manera adecuada y la metabolización de aquellos elementos de contenido agresivo y displacentero se vio mermada, dificultando así la creación de un aparato propio para pensar pensamientos (Bion, 1987). En la actualidad podemos observar que la tensión que experimenta Ana parece quedar igualmente desbordada y se expresa en agresión, voracidad y envidia, así como en estados de frustración, tristeza, angustia y desvalimiento:

*“No me siento segura de nada, de nadie, de mí... Todo el tiempo me siento insegura”* (sic).

Empero, como se mencionó anteriormente Ana también ha acumulado una serie de experiencias satisfactorias, pero quizás se han visto superadas por las de índole displacentero o, debido a su disposición de personalidad, éstas no han podido ser ligadas e integradas de una manera suficientemente adecuada. Permanecer en la posición esquizo-paranoide hace que las angustias de Ana sean más difíciles de manejar (Klein, 1952). Los mecanismos de defensa de Ana parecen no ser suficientes y por lo tanto dificultan sobremanera una integración de sus

objetos internos, es decir, una imagen objetal que sea más parecida a la realidad: existe una madre que por ratos es idealizada y por momentos muy devaluada, la relación de su sí-mismo y sus otros objetos parece estar también polarizada, conservando generalmente ella todo lo malo y ellos todo lo bueno, etc.:

*“Me siento rechazada por mi mamá todavía” (sic).*

Esta interacción parcial que tiene Ana con su mundo y sus objetos, devaluados o idealizados, es decir, no integrados, correspondería a relaciones objetales no metabolizadas, la cual es una característica de las organizaciones fronterizas de la personalidad (Kernberg, 1979). A esta característica se suma el uso de mecanismos que son prevalentes en la posición esquizo-paranoide tales como los que se han analizado en el caso de Ana, erigiéndose la escisión como uno de los principales, además de su labilidad yoica y su impulsividad (Kernberg, 1993).

La internalización de tales vínculos objetales en Ana inicia con una introyección de tres elementos (Kernberg, 1993): en primer lugar, una imagen objetal, tomemos a su objeto primordial, el pecho que representa a su madre; en segundo lugar, una imagen del sí-mismo, el sí-mismo como un objeto de su Yo; y, por último, un matiz afectivo, que en un principio se espera que el matiz afectivo predominante en una relación de madre o cuidadora primaria y su bebé sea amoroso, placentero, satisfactorio, sin embargo, hemos analizado que también hay momentos de frustración que desatan matices afectivos desagradables. Para lidiar con estos afectos displacenteros, la escisión se vuelve un mecanismo de defensa fundamental en Ana.

Como hemos analizado, la paciente ha podido identificar a e identificarse con sus objetos, en tanto a roles o funciones que desempeñan, sin embargo, parece que el uso excesivo de la escisión ha mermado tal identificación fijando a sus objetos internos en funciones opuestas,



idealizadas o devaluadas, por ejemplo, aquella madre ideal nutricia o aquella “mala” madre, devaluada y perseguidora. Por tal motivo, la identidad yoica de Ana, que representa el nivel más alto de la organización de las relaciones objetales (Kernberg, 1993), se ve afectada en su capacidad de síntesis. La organización tanto de las introyecciones como de las identificaciones se ha visto mermada por la escisión dando como resultado una identidad del Yo lábil, lo cual puede observarse en la sintomatología previamente analizada, así como en la confusión que presenta Ana respecto a quien es ella, a lo que le gustaría y podría hacer, a como tener una relación de pareja más sana, a como se percibe en interacción consigo misma y con el mundo, etc.:

*“Estoy en un caos. No sé qué esperar del espacio terapéutico, no sé qué onda con Eder, no sé qué esperar de mi familia o de mí... estoy muy desesperada” (sic).*

*“Ayer me pasó algo muy raro... me perdí en el metro... justo así me siento, perdida, confundida” (sic).*

Si pudiéramos situar el conflicto central de Ana en un momento en el desarrollo de la internalización de sus relaciones objetales y por ende del desarrollo de su personalidad, este sería en la etapa de *diferenciación entre las representaciones del sí-mismo y las representaciones objetales* para Kernberg (1967). Este es el momento justo en donde la escisión adquiere el papel protagónico para defender al Yo de las angustias destructoras y persecutorias. Como se mencionó anteriormente, la interacción de varios elementos pudo haber ocasionado un conflicto sustancial en esta etapa y, por lo tanto, Ana retorna a ésta, en donde impera la posición esquizo-paranoide.

Así mismo esta etapa de diferenciación, representa un borde, una frontera móvil entre el sí-mismo y el objeto (Green, 1994) es decir, un fenómeno transicional (Winnicott, 1971). Y como se mencionó en los apartados previos, se trata de una etapa preedípica en donde el conflicto de

Ana atañe a la conformación narcisista, a la libidinización (Bergeret, 1980). La idealización del objeto “bueno” por parte de Ana fue crucial en dicho momento, y la relación que forzosamente tuvo que haberse inscripto entre Ana y su madre fue de tipo anaclítica, por consiguiente, y como se ha señalado con anterioridad, una de las fuentes de angustia en Ana tiene que ver con el abandono o pérdida de dicho objeto (Freud, 1926, 1933). El estado de desvalimiento y las sensaciones de vacío, hueco y falta que dicha angustia trae consigo (Hornstein, 2008) pueden relacionarse también con características de una organización fronteriza de la personalidad (Green, 1994, 1997).

Finalmente, podemos señalar que las particularidades de la organización de la personalidad de Ana también han mermado los procesos y exacerbado las crisis de la etapa vital en la que se encuentra: la tramitación de la adolescencia (P. Kernberg et al., 2002). Por ejemplo: se intensificó su rivalidad fraterna; además de que el proceso de separación-individuación de Ana con su madre se ha vuelto muy crítico; respecto a la impulsividad, característica de la etapa adolescente, se intensificó en las primeras etapas del tratamiento, sin embargo, se volvió más selectiva y fue en decremento a razón del progreso psicoterapéutico; y, como se ha descrito previamente, la relación con sus amigos como con su pareja parece conservar un talante de todo o nada, justo como sucede generalmente en la etapa adolescente:

*“Una amistad tiene que ser como yo espero, si no, no quiero nada” (sic)*

### **El cristal con que se mira: Otros puntos de análisis sobre el caso de Ana**

Si bien se ha establecido como supuesto que la sintomatología de la paciente se fundamente principalmente en el desarrollo de una organización fronteriza de la personalidad a causa de una precaria metabolización de sus relaciones objetales y al uso constante de mecanismos característicos la posición esquizo-paranoide, no podemos dejar de lado la etapa

crítica vital de la adolescencia en la que se encuentra. Sin embargo, Ana no es una joven recién entrada en la crisis adolescente, sino que parece que está en la tramitación final de dicho periodo, en la cual se está jugando el afianzamiento de sus propios deseos, creencias, vínculos exogámicos e independencia emocional (Kancyper, 2007); ella misma se refiere a la etapa de la adolescencia como algo del pasado, algo lejano en el tiempo:

*“...Recuerdo que esto me sucedía a veces cuando era adolescente”* (sic).

Si bien, por un lado Eglé Laufer, en la entrevista realizada por Moguillanski y Rubinstein (2001), menciona que no es analíticamente “correcto” referirse a adolescencias prolongadas, y por su parte Blos (1975) señala que pueden existir casos en los cuales la adolescencia se extiende por más de lo esperado debido a factores externos o internos; no nos compete debatir dichas posturas, sino señalar que se ha observado que Ana está lidiando con fuerzas, muchas de ellas inconscientes, que han hecho que esta tramitación sea complicada.

Podríamos decir que la elaboración de la etapa adolescente se ve afectada por la sintomatología derivada de una probable organización fronteriza de la personalidad de Ana. Tubert (2000) dice sobre la adolescencia, que es una época en la que se reviven y reelaboran experiencias anteriores, y puede interpretarse como un “segundo nacimiento” que hace posible el acceso del individuo al universo social y cultural. Y es justo en este resurgimiento de experiencias anteriores donde podríamos trazar una línea de conexión con el conflicto derivado de la no integración de los objetos internos de la paciente. El conflicto de ambivalencia entre, por un lado, querer seguir siendo la niña de mamá y, por otro lado, querer posicionarse como sujeto de deseo propio, podría ser análogo al conflicto que representa la relación idealización-devaluación que tiene con su madre y que se replica con sus otros objetos significativos.

Así mismo, desde esta reviviscencia de conflictos, podríamos abordar el caso de Ana desde otras perspectivas que también se centran el conflicto en una época preedípica y sus derivados. Para esto podemos partir de directamente de la propuesta freudiana, justo como se analizó previamente con Bergeret. Freud (1931) señala que existe una ligazón-madre muy fuerte y exclusiva que precede cualquier otra ligazón de objeto, y que, en ciertas condiciones, dicho vínculo puede gestar un componente patológico a razón de la gran angustia que pudiera sentir la hija de ser asesinada / devorada por la madre; añade que dicha angustia corresponde a una hostilidad de intensidad equivalente a la ligazón que en la niña se desarrolla posteriormente contra la madre.

El estancamiento en una fase preedípica podría apuntar a que se ha desarrollado una neurosis de tipo narcisista en Ana, es decir, que existe un conflicto entre su Yo y su Superyó (Freud, 1924). Por un lado, parece que la paciente percibe que algo muy importante le ha hecho falta desde etapas muy tempranas, y como menciona Freud en *Duelo y Melancolía* (1917a), parece ser que aquello que se perdió, cayó sobre su Yo; Freud (1917a) menciona que la pérdida del objeto de amor es una ocasión sobresaliente para que emerja y se manifieste la ambivalencia de los vínculos de amor.

Podemos señalar también que durante las épocas más tempranas del desarrollo se experimenta con mayor intensidad el deseo de “regresar a la madre”, a la fusión con ella, donde la separación y la diferencia pueden ser temidas como una realidad que deteriore al sujeto. Dicha angustia experimentada tempranamente en la psique, aunado a la suma de otros factores como las fallas en las funciones del objeto primordial (Bion, 1987; Hornstein, 2008) puede dar origen a la constitución de modelos narcisistas o de organizaciones fronterizas, entre otras afecciones (McDougall, 1989).

Es así como también con base en la teoría Freudiana sobre las neurosis narcisistas desarrolladas en etapas pre-verbales se podría hipotetizar que se ha desarrollado una organización fronteriza de la personalidad en Ana. Parece que en marcadas ocasiones, los estados yoicos contradictorios de amor y odio presentes en la relación con el objeto materno de la paciente, son un ejemplo de escisión del Yo. La función de este mecanismo primario es proteger al mismo frente a una angustia muy fuerte pero además es un mecanismo de defensa privilegiado en las organizaciones límites de la personalidad (Kernberg, 1997).

## ANÁLISIS DE LOS PROCESOS TRANSFERENCIALES Y CONTRATRANSFERENCIALES

### **Transferencia**

Es sabido que la relación analítica se sostiene en el amor de transferencia, es decir, en los afectos que de manera inconsciente el paciente pone en el terapeuta. El analista es colocado en el papel de alguna, o más de una, de las figuras parentales u objetos primarios del paciente, lo cual le permite sacar provecho de aquel vínculo gestado durante las primeras experiencias vida del paciente (Winnicott, 1947).

La transferencia que Ana desarrolló con el psicoterapeuta representa la relación que tiene con sus objetos significativos, particularmente con aquel objeto primordial, su madre. Como se mencionó en el análisis de su caso, esta relación consta de imágenes objetales parcializadas, incluida la imagen del sí-mismo como objeto del Yo, de matices afectivos muy intensos que suelen oscilar en dos polos, es decir, una fuerte ambivalencia y de angustias de abandono y persecución.

Parece que en un principio Ana idealizó de manera muy intensa al proceso terapéutico y al terapeuta, percibiéndolo como aquel que podría brindar la solución a todos los conflictos por los que atravesaba; incluso, parecía que Ana pensaba que después de algunas sesiones ya nada en la vida le causaría problemas. Esto, en primera instancia, pudo favorecer su compromiso con el proceso y la alianza terapéutica, sin embargo, al paso de las sesiones, Ana se percató de que no estaba recibiendo aquello que “debería” recibir, eso que ella anhelaba para sentirse completamente feliz, por ejemplo: respuestas, instrucciones específicas para llevar a cabo o juicios de valor sobre sus acciones; es decir, Ana no estaba obteniendo algo que llenara esa falta

tan insoportable, y que, probablemente según su fantasía, el terapeuta poseía pero no se lo brindaba.

Lo anterior desencadenó la frustración en la paciente y ahora aquel objeto idealizado era también un atacante, un objeto “malo” que debía ser atacado de vuelta. Estos ataques agresivos, motivados también por la envidia y voracidad de Ana, se manifestaron en ataques al vínculo (Bion, 1959 citado por Segal, 2010) y devaluaciones al terapeuta, sin embargo, parece que la impulsividad fue selectiva y no solía aparecer en el espacio terapéutico (Kernberg, 1993).

Fue común que ya avanzado el proceso psicoterapéutico, Ana comenzara las sesiones diciendo que su estado de ánimo había mejorado, que se sentía más satisfecha y más tranquila, pero con la particularidad de que no reconocía que el trabajo terapéutico pudo haber influido en ello; no obstante, ya hacia el final de las sesiones, comentaba que todo estaba igual o peor que antes, que no creía que el trabajo terapéutico estuviera sirviendo y que se encontraba muy triste, frustrada, ansiosa y desamparada. Lo anterior parece simbolizar las partes escindidas de Ana, sus distintos estados yoicos, además de estar cumpliendo dos funciones: la primera, como ya se había mencionado, la devaluación al terapeuta y al espacio; y, la segunda, tiene que ver con que Ana parece colocarse en una posición vulnerable, de desamparo, lo cual reproduce también la angustia por un posible abandono por parte del terapeuta.

Respecto a la angustia de Ana que conecta con sensaciones de vulnerabilidad y abandono, pudo observarse que ésta se intensificó desde que se le comentó que el proceso terapéutico llegaría a su fin al concluir el programa de atención gratuita de la Residencia; las devaluaciones al espacio terapéutico y al terapeuta no sólo fueron más frecuentes, sino que también se intensificaron, e incluso Ana planteó dejar el espacio terapéutico en repetidas ocasiones.

Winnicott (1947) menciona que en un principio el paciente sólo puede apreciar en el analista aquello que él mismo es capaz de sentir, es así como Ana coloca su propia devaluación en el terapeuta, además de situarlo en una posición de perseguidor y abandonador.

De este modo, es posible observar con mayor claridad como en la transferencia se pone en escena la relación de Ana con su madre, donde se juegan el uso constante de mecanismos primarios como la escisión, negación, idealización primitiva, identificación proyectiva e introyectiva, donde las angustias de abandono y persecución son una constante y por tal motivo la ambivalencia en el vínculo es muy intensa: “Te necesito, pero te odio”.

Esta intensa ambivalencia parece indicar que la transferencia desarrollada por Ana oscila entre positiva y negativa pura, como sucede en organizaciones psíquicas fronterizas (Kernberg, 1993). Con base en lo propuesto por Kernberg (1993) y lo trabajado en la supervisión clínica del caso, la interpretación de la transferencia negativa de Ana y el señalamiento de tal ambivalencia, fundamentada principalmente en el mecanismo de la escisión, se llevó a cabo en el “aquí y en el ahora”, es decir, en lo que estaba ocurriendo en el vínculo terapéutico:

Terapeuta: *“¿Te das cuenta que te parece que lo que hemos trabajado en este espacio no te es suficiente? Como si el trabajo de mi parte no valiera para ti...”* (sic).

Posteriormente, las interpretaciones de este estilo se reflexionaron en una dirección tal para que Ana pudiera notar la semejanza de esta interacción con la forma de relacionarse con sus objetos significativos en su vida cotidiana.

Podemos colegir que en un principio, la transferencia jugó un rol muy importante para establecer una buena adherencia terapéutica, la cual se vio reflejada en la constancia de Ana para con su tratamiento. El espacio terapéutico se volvió parte de su vida y, a menudo, fungió como



una zona contenedora y metabolizadora de aquellos elementos primitivos de su psiquismo (Bion, 1987). La interpretación de la transferencia pudo brindar a la paciente la oportunidad de pensarse y comprenderse a sí misma en relación con sus vínculos, sentando las bases para una metabolización más adecuada de sus relaciones objetales y con ello una atenuación de sus síntomas o el intento de poner en marcha nuevas estrategias, menos dañinas, para lidiar con ellos.

### **Contratransferencia**

Parte de este apartado será descrita en primera persona pues el contenido tiene que ver con los afectos, pensamientos y fantasías que se suscitaron en el psicoterapeuta y autor de este reporte durante el trabajo clínico previamente expuesto y analizado.

En un principio, la presentación de la paciente me hizo sentir la urgencia de ayudarla, la percibí muy frágil e incapaz de defenderse por sus propios medios, como si fuese una niña pequeña, muy desvalida, tal y como se percibe a sí misma por momentos e inconscientemente suele presentarse a otros. Pensaba que debía interpretar algo para ayudarla, mencionarle directamente sus cualidades y capacidades.

Durante el proceso, surgieron momentos en los cuales se confrontó su autopercepción con elementos de su realidad, como su compromiso y capacidades académicas (se encuentra finalizando su licenciatura y se ha desempeñado con éxito en un par de programas de prácticas profesionales), su manera eficaz de organizar sus deberes y actividades, su capacidad de mantener vínculos cercanos, su compromiso y responsabilidad para mantener su empleo mientras estudia, etc., sin embargo, parecía que nada de esto tenía valor para ella.

Lo anterior me dejaba muy frustrado, como un reflejo de la incapacidad que ella sentía de reconocer otros elementos de su Yo. Esto devenía en un deseo intenso en mí de proporcionarle

instrucciones precisas o darle todas las respuestas que yo pudiera, lo cual podría interpretarse, hasta cierto punto, como un deso de control (Kernberg, 1979). Pero gracias a la supervisión clínica pude manejar mejor estos afectos y pensar en estrategias que pudieran ser más adecuadas para el progreso de la paciente, como lo fueron preguntas e intervenciones que promovieran reflexiones e insights. Haber actuado esa contratransferencia hubiera dificultado mucho más su proceso terapéutico.

Por mencionar algunas de estas dificultades, podríamos suponer que su proceso de separación-individuación y con ello su autonomía se verían mermados, así como su capacidad de pensar y repensarse, se fomentaría su dificultad para tolerar la ansiedad y con ello le sería más difícil accionar desde el proceso secundario, es decir, elementos de la posición esquizo-paranoide se exacerbarían. Así mismo, la imagen ya idealizada primitivamente del espacio terapéutico se volvería hipertrófica, más necesaria y al mismo tiempo más amenazante; cuando no hubiera más respuestas, la devaluación sería más intensa, la envidia y voracidad de Ana tenderían a potencializarse y la angustia se tornaría desorganizante en extremo, y por si esto fuera poco, este tipo de relación podría replicarse con mayor intensidad hacia sus otros objetos; lo cual quiere decir que el trabajo fundamental del proceso psicoterapéutico de Ana, promover la integración total de sus objetos internos, se vería gravemente comprometida.

Winnicott (1947) menciona que es necesario que los propios afectos hostiles del analista hacia el paciente devengan conscientes y estén delimitados. Así mismo, también señala que el análisis de una organización psicótica puede ser más molesto en comparación con una organización neurótica. Si bien, no podemos decir que la estructura psíquica de Ana cuente con todos los elementos para ser catalogada como psicótica, sí nos es posible señalar su organización psíquica se caracteriza por el uso preferente de mecanismos de defensa primarios y angustias de

abandono y persecución, lo que pudo provocar que los afectos hostiles en el terapeuta aparecieran con mayor facilidad.

En relación a lo anterior, cabe mencionar que hubo momentos en los que me sentí desesperado, frustrado e incluso molesto con Ana. En primer lugar, porque la paciente comenzaba, en un principio implícitamente y después explícitamente, a pedirme que le dijera qué hacer; y, en segundo lugar, por la posición vulnerable y devaluada en la que se colocaba la paciente. De igual manera, haber actuado esto hubiera presentado las dificultades ya mencionadas, con la particularidad de que quizá la parte “mala” o perseguidora de mi persona como psicoterapeuta, que ya se estaba jugando en la transferencia, se hubiera intensificado.

Así mismo, hubo ocasiones en las cuales me sentía satisfecho e incluso hasta alegre por ella cuando en algunas sesiones comentaba que se había sentido mejor y más tranquila, que había podido pensar distinto las cosas, que tomaba en cuenta otros elementos de ella y de los otros; pero después, cuando en la misma sesión comentaba que se sentía peor, que no sabía si la terapia estaba funcionando o que consideraba dejarla; sentía que todo el trabajo realizado no tenía sentido, me sentía sin oportunidad de hacer algo por ella, faltar de capacidades, devaluado.

La oscilación entre sentirme satisfecho y al siguiente momento devaluado y las sensaciones de frustración y molestia que esta situación traía consigo, fueron una constante durante el tratamiento de Ana. Respecto a esto, Winnicott (1947) comenta que por un largo periodo es casi imposible que el paciente pueda apreciar el punto de vista del analista, ya que se trabaja con el núcleo más primitivo del paciente y por ende la capacidad para identificarse con el analista es precaria, esto provoca que el paciente no pueda notar que los sentimientos hostiles del analista frecuentemente tengan su origen en las propias acciones y actitudes del paciente dentro de su precaria manera de amar.

Finalmente, Winnicott (1947) también señala que los afectos hostiles que realmente existen en el analista, además de no ser negados, deberían preferiblemente permanecer separados y reservados para que así puedan estar disponibles para su interpretación. Aunado a esto, Kernberg (1979) menciona que la devolución al paciente de las emociones que están siendo expresadas en el vínculo promueve que el círculo vicioso que pudiera establecerse entre la proyección de la agresión del paciente en el terapeuta, la posible actuación contratransferencial de éste y el surgimiento de angustia paranoide en el paciente, se rompa:

Terapeuta: *“Parece que desde que te comuniqué que el proceso terapéutico llegaría a su fin, me has dicho que no tiene sentido seguir viniendo, que no sabes si este espacio o lo que yo estoy haciendo te esté sirviendo... Como si te hubiera molestado la noticia y que la percibes como un abandono... pero no es así, es justo una finalización de un proceso que trabajamos juntos...”*(sic).

Es así que la supervisión clínica fue muy importante para el manejo de la contratransferencia, en primer lugar, para notar que estas sensaciones respondían a la integración parcial de los objetos internos de la paciente y al uso de mecanismos primarios como la escisión, proyección e identificación proyectiva; y, en segundo lugar, para saber cómo utilizar dichas sensaciones en pro de su progreso, interpretándolas en el espacio terapéutico para su reflexión.

## ALCANCES Y LIMITACIONES

El presente estudio tiene un carácter formativo y profesionalizante, el cual permitió al autor del mismo, evidenciar los conocimientos obtenidos durante su formación como psicoterapeuta psicoanalítico. Los derivados de este trabajo apuntan a enfatizar aspectos importantes de dicho proceso, tales como la comprensión teórica, la aplicación de la técnica y la supervisión clínica.

De igual manera, se cree que la exposición y análisis del caso clínico llevado a cabo en este trabajo, puede favorecer en el lector la comprensión de las vicisitudes de una intervención psicoterapéutica psicoanalítica, desde la mirada particular de las relaciones objetales, de pacientes cuyos rasgos de la personalidad puedan ser entendidos como una organización fronteriza.

Por último, el presente reporte aporta evidencia que sustenta la importancia de las primeras experiencias de vida en la conformación del psiquismo y cómo éstas están estrechamente relacionadas con estados que amenazan el bienestar emocional de las personas en un futuro.

Por otro lado, podría señalarse que la limitación de este estudio tiene que ver con la naturaleza de la intervención llevada a cabo, un proceso psicoterapéutico psicoanalítico, en el cual se ponen en juego tanto la subjetividad del psicoterapeuta como la del paciente y la interacción entre ambos. No es posible recrear un proceso tal, aún con los mismos actores y escenario en un tiempo distinto. Así mismo, tampoco es posible generalizar los resultados aquí obtenidos, la premisa del “caso por caso” en psicoanálisis mantiene su valor y vigencia.

## **Alcances clínicos**

El proceso psicoterapéutico expuesto en el presente reporte trajo consigo resultados significativos para la elaboración de los conflictos de la paciente. Podemos observar que Ana comprendió que la necesidad de respuestas de aquel objeto ideal, en este caso el terapeuta, no satisfacía genuinamente su vacío, esto es, que se trataba de un fenómeno complejo del cual habría que reflexionar; así mismo, identificó que las características del vínculo desarrollado con el terapeuta oscilaban en dos polos principales: por un lado, ella en una posición devaluada, con necesidad vehemente del objeto ideal puesto en el terapeuta y con una gran angustia por temor a ser abandonada; y, por otro lado, un estado en el cual al no recibir todo aquello que le hace falta o al sentirse amenazada debido a la angustia persecutoria, devalúa con intensidad al terapeuta y al espacio psicoterapéutico.

Lo anterior favoreció la comprensión de que dicho tipo de relación, que se replicaba con el terapeuta, era el tipo de vínculo que Ana sostenía con las personas más significativas, principalmente su madre, su novio y su mejor amiga. Aunado a lo anterior, Ana ha comenzado a reconocer tanto su envidia como su voracidad y comienza a comprender la injerencia de éstas en las mociones que la llevan a sentirse enojada y frustrada con los otros.

Es posible observar también que Ana ha comprendido que la imagen del objeto ideal, que ahora forma parte de su ideal del Yo, ha devenido en un Superyó extremadamente sádico, persecuidor y que muestra una imagen del Yo ideal imposible de alcanzar haga lo que haga, por lo tanto, una de las claves durante este proceso fue cuestionar esta idealización tan rígida.

También ha reconocido que la angustia que siente respecto al abandono ha jugado un papel clave en cómo se relaciona con los otros, cómo ésta afecta su propio deseo y la lleva a

colocarse a merced del otro, lo cual al final del día promueve sus sensaciones de insatisfacción, incompletud, autodevaluación y dependencia, además de aumentar su enojo, el cual se descarga por dos vías: en una vuelta contra sí misma o es proyectado en los otros. Esto provoca que Ana termine sintiéndose atacada, es decir, promueve la angustia persecutoria.

La impulsividad de Ana disminuyó considerablemente en la mayoría de las situaciones, parece que encontró en el espacio terapéutico una descarga y contención de esos impulsos, sin embargo, cuando llega a consumir alcohol (la frecuencia también ha disminuido), comúnmente no tiene control. Que haya disminuido su impulsividad puede contribuir a que su angustia haya aumentado, sin embargo, esto puede estar respondiendo a otros factores, como reconocer que es dependiente de aquel otro, que se perciba sin capacidades y sin virtudes, así como a la noticia de la pronta finalización tanto del proceso terapéutico como de su carrera universitaria.

Ana reconoció también que su historia de vida ha jugado un papel importante en sus conflictos actuales, es decir, cómo es que sucesos importantes de su pasado y sus vínculos primarios se han vuelto un arquetipo relacional, por ejemplo, ha podido identificar elementos tales como la sensación de rechazo y abandono a partir de la relación con su madre, la hostilidad y persecución que se juegan en la relación con su abuela y más recientemente el abandono de su padre comienza a figurar en su historia como un elemento significativo cuando antes no lo era.

Finalmente, también puede observarse que el trabajo clínico efectuado con Ana estuvo encaminado a la integración de aquellas partes escindidas de sus objetos internos. Con esto, se promueve tanto la integración de su Yo como su fortaleza y el surgimiento de mecanismos de defensa menos precarios para que la paciente pueda hacer frente a sus conflictos y se responsabilice de su propio deseo.

## **Limitaciones clínicas**

El proceso terapéutico de Ana también contó con ciertas limitaciones. En primer lugar, existieron limitaciones propias del psicoterapeuta en tanto a teoría y técnica, las cuales se fueron sorteando gracias a los espacios formativos de las clases y la supervisión clínica, así como al propio espacio analítico del terapeuta.

Así mismo, no debe olvidarse que todo el tratamiento se llevó a cabo vía online, lo cual trajo limitaciones particulares en torno a la dependencia de dispositivos electrónicos y a los servicios de luz e internet. En ocasiones las sesiones se vieron interrumpidas por fallas en la conexión y también hubo momentos en los cuales el audio o video de los dispositivos se trababa, lo cual hacía complicada tanto la escucha como la expresión del discurso de la paciente.

Como se expuso previamente, la metabolización de las relaciones objetales se lleva a cabo en un periodo muy primitivo y por lo tanto los intentos de transformación o reparación de éstas es una empresa complicada, la cual requiere tiempo. Es así como la finalización del periodo de atención gratuita puede entenderse como una limitación para proceso terapéutico.

Por último, es importante mencionar que si bien, las teorías y perspectivas psicoanalíticas aquí abordadas (teorías de las relaciones objetales, teoría de las posiciones y la perspectiva de las organizaciones fronterizas) arrojaron mucha luz para la comprensión del caso de Ana y por ende favorecieron su progreso terapéutico, no debemos olvidar que también cuentan con ciertas limitaciones. Por lo tanto, el estudio y la formación continua son importantes para brindar una mejor atención a nuestros pacientes.



## CONCLUSIONES

Con base en el análisis del caso clínico de Ana, en primer lugar, podemos colegir que las aportaciones de la teoría de las relaciones objetales, especialmente los postulados de Melanie Klein sobre la posición esquizo-paranoide y otros afectos primarios como la envidia y la voracidad (1948, 1957), son un elemento muy valioso para la comprensión de la organización fronteriza de la personalidad, particularmente desde la perspectiva que plantea Otto Kernberg (1967) respecto a dichas organizaciones.

Del mismo modo, a través del análisis realizado, podemos inferir que los recursos internos con los que cuenta un individuo para hacer frente a las vicisitudes de la vida, están estrechamente relacionados con el desarrollo y madurez de su organización psíquica, en la cual las relaciones objetales ocupan un rol muy importante.

Así mismo, el estudio realizado pone en evidencia la importancia que tiene la primera relación objetal en la vida del bebé para su desarrollo psíquico ulterior. En dicha relación adquieren un rol importante tanto la propia organización psíquica de la madre o cuidador primario, con todas sus vicisitudes, como el medio particular en el que se despliega tal vínculo. Este vínculo puede entenderse como una relación que implica que cuando el bebé expresa una necesidad, ésta trae consigo un afectivo particular y obtiene, o no, una respuesta de la madre que también está ligada a un afecto, ésta interacción, con los roles que ocupan los actores y el matiz afectivo que conlleva, adquiere cierta representación en el psiquismo del bebé. Es así que podemos concluir que las primeras experiencias de vida pueden favorecer o mermar el desarrollo psíquico de una persona.

Finalmente, nos es posible señalar la importancia de la teoría de las relaciones objetales dentro del psicoanálisis para la comprensión de la constitución de la subjetividad, la cual implica la introyección y metabolización de las primeras relaciones afectivas y las situaciones favorables o adversas que puedan devenir de este proceso.

Respecto al proceso psicoterapéutico de Ana, podemos concluir que su sintomatología se ve influenciada por la integración parcial de objetos internos, lo que representa una dificultad en la metabolización de sus relaciones objetales, a raíz del uso constante de mecanismos de defensa primitivos, las cuales son características que distinguen a la posición esquizo-paranoide. Así mismo, podemos conjeturar como dichas características están estrechamente ligadas a una organización fronteriza de la personalidad.

Si bien, podríamos catalogar la organización psíquica de Ana como fronteriza de alto nivel (Kernberg, 1979) o “border neurótico” (Grinker, 1968, citado por Fossa, 2010), el proceso psicoterapéutico desempeñado se enfocó en comprender, analizar y trabajar sobre las partes más primitivas de su constitución psíquica, los aspectos psicóticos que están presentes en la subjetividad humana.

Lo que hasta aquí se ha explicado, no quiere decir que Ana no haya desarrollado otro tipo de mecanismos, tales como la represión, ni que la angustia de culpa y sus deseos por reparar a los objetos dañados no existan (Klein, 1957), o que tampoco exista en ella una organización psíquica tripartita. Sino que lo imperante en su organización de la personalidad son los mecanismos primarios de la escisión, la proyección y la identificación proyectiva e introyectiva, así mismo, se encuentran muy presentes tanto la angustia persecutoria como por la pérdida del objeto, y sus instancias psíquicas se encuentran aparentemente mermadas o hipertrofiadas (Kernberg, 1993).

Respecto a su Yo, podemos decir que debido al uso constante de la escisión ha quedado amputado (Bion, 2000), lo cual hace que le sea más difícil emplear mecanismos que involucren más gasto energético, lo que provoca que Ana se sirva nuevamente de la escisión, ocasionando así un círculo vicioso, “un mutuo reforzamiento entre debilidad yoica y escisión” (Kernberg, 1993, p. 39). En tanto a su Superyó podemos decir que es experimentado por Ana como extremadamente hostil y persecutorio, ya que, como se mencionó anteriormente, el uso excesivo de la escisión dificulta una integración total de los objetos (Kernberg, 1993).

Es importante que la relación terapéutica haya podido sostenerse y con ella el desarrollo de la transferencia. A su vez, trabajar en todas aquellas respuestas contratransferenciales ante la paciente también resultó imprescindible. Con ayuda tanto de la teoría estudiada como de la supervisión clínica, las interpretaciones tanto de la transferencia como de la contratransferencia devinieron en elementos valiosos para que Ana lograra darse cuenta del tipo de relaciones que lleva con las personas más significativas para ella, la angustia que las acompaña y la manera en que suele hacerle frente. Uno de los objetivos fundamentales de este trabajo apuntó a que Ana pudiera ser consciente, comprender y elaborar sus estados yoicos escindidos y que con ello deviniera una integración de sus objetos internos.

A su vez, trabajar con las resistencias inconscientes de la paciente fue una labor constante. Las más sobresalientes de este tipo fueron la compulsión a la repetición, la ganancia secundaria de su conflicto y la complicada consciencia de culpa o necesidad de autocastigo (Freud, 1926). Tras no haber podido elaborar Ana su conflicto central, vinculado a un periodo preedípico en el cual tanto las fallas en el objeto como la angustia de abandono parecen haber prevalecido, la compulsión a la repetición se vuelve económicamente lo más viable, y tras una señal de angustia en la actualidad que remita a la situación traumática Ana suele repetir las mismas vías de

descarga primaria. Respecto a la ganancia de su conflicto, podemos decir que permanecer dependiente del otro evita su gasto energético y la deslinda de toda responsabilidad sobre su propio deseo.

Ana logró identificar, analizar y trabajar sobre estas dos resistencias previamente expuestas. Sin embargo, la resistencia que atañe al Superyó, la consciencia de culpa y necesidad de autocastigo resultó una empresa difícil para el proceso psicoterapéutico. A partir de esta perspectiva podemos atribuirle también a la culpa gran parte de la sintomatología de Ana, pues ésta juega un rol importante en la manera de percibirse a sí misma y en su interacción con los otros (sentirse enteramente responsable de que sus relaciones interpersonales marchen mal, en especial con las personas significativas).

Respecto a los orígenes de la culpa, podemos señalar como uno de ellos al deseo incestuoso hacia uno u ambos padres, lo cual podría robustecer también la explicación del conflicto exacerbado con sus hermanas. Otra fuente podría estar relacionada con las fantasías violentas y las agresiones que Ana dirige hacia su madre, las cuales se reproducen con sus hermanas y su abuela, ya que estas últimas fungen como símbolos de la figura materna. Es decir, dicha culpa interna se manifiesta como un síntoma del conflicto entre los deseos inconscientes de agresión (Ello) y el malestar o arrepentimiento por tener dichos deseos (Superyó), lo cual es un indicador de que Ana también se coloca en la posición maniaco-depresiva con cierta regularidad, pero de manera intempestiva y poco estable. Por lo tanto, la función de tal culpa podría ser entendida como un dique, sin embargo, ésta se manifiesta con bastante severidad, mermando el equilibrio psíquico de la paciente, originando tristeza, incomodidad, frustración y sensación de minusvalía y abandono.

Con base en lo anterior y todo el análisis realizado del caso de Ana, podemos dilucidar que tanto la clínica del narcisismo como la clínica de lo negativo se vuelven un apoyo fundamental para la comprensión y trabajo con pacientes que manifiesten características de conflictos que atañen a las primeras estapas de la vida, es decir, a la conformación narcisista, al déficit o fallas ambientales y del objeto, y a la metabolización de las primeras relaciones objetales.

De tal manera, parece importante preguntarse si es que lo fronterizo o las psicopatologías del vacío o desvalimiento son conflictos derivados de la “modernidad”, o es que gracias a los aportes teórico-clínicos que han surgido en la historia reciente, ahora contamos con más herramientas para la comprensión de la constitución psíquica del ser humano y sus vicisitudes.

Por último, no se debe pasar por alto que la intervención psicoterapéutica llevada a cabo se realizó durante un evento histórico internacional, que bien podría ser catalogado como un suceso traumático con facilidad: La pandemia mundial a causa del COVID-19. El temor a la muerte, la pérdida de seres queridos, los despidos, la falta de empleo, el aislamiento y el distanciamiento social, entre otros, son factores altamente angustiantes y desorganizadores. Ana comentó sentirse muy angustiada por no poder estar en contacto con sus amigos los cuales representan una red de apoyo y que se vuelven fundamentales cuando las personas atraviesan conflictos. Por tal motivo las repercusiones de una situación de tal magnitud en la sintomatología de Ana deben ser tomadas en cuenta.

Los trabajos respecto a intervenciones psicoanalíticas a distancia han hecho su aparición en años recientes y se han caracterizado por sus aportes a la discusión sobre la efectividad de dicha modalidad. Autores como Carlino (2010, 2014), han basado sus estudios en sustentar el trabajo psicoanalítico a

distancia y en sugerir que dicha modalidad sea comprendida en sí misma y con sus propias características contextuales, sin empeñarse en tratar de compararla permanentemente con el método clásico.

Por su parte, Grinberg y Segura (2021), han desarrollado un trabajo categórico que toma en cuenta el contexto específico del confinamiento debido a la pandemia por COVID-19. Dichos autores reflexionan en torno a las características de la modalidad a distancia, sus ventajas e inconvenientes y como dichas particularidades podrían tener injerencia en el tratamiento: “Lo primordial en cualquier intervención a distancia es poder sostener una escucha analítica y garantizar una presencia activa del terapeuta que brinde comprensión y contención a los pacientes para que puedan comunicar, conectar y entender su sufrimiento, elaborarlo y transformarlo” (p. 44).

Por lo tanto, a pesar de que todo el proceso psicoterapéutico se llevó a cabo de manera remota, se puede concluir que la cercanía, la confianza, la escucha y la contención necesarias para el desarrollo tanto de la transferencia como de una alianza terapéutica muy fructífera, pudieron instaurarse desde muy temprano en el proceso psicoterapéutico. Si bien, la presencialidad provee elementos “más” íntimos que favorecen el trabajo terapéutico, la virtualidad también permitió que tanto la paciente como el psicoterapeuta compartieran, desde una cámara, la intimidad de sus espacios. Este trabajo también funge como evidencia de que un proceso psicoterapéutico psicoanalítico puede ser llevado a cabo de manera virtual con resultados muy favorables tanto para la salud emocional y elaboración del conflicto en los pacientes como para la formación profesional de los psicoterapeutas. La presencialidad y la virtualidad no son iguales, pero no tendrían por qué serlo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aizenberg, S., de Bianchedi, E. & Sor, D. (1967). Concepto de continente-contenido (identificación proyectiva) en el proceso de integración del objeto. *Revista de Psicoanálisis*, 24, 131-135.
- Bergeret, J. (1980). *La personalidad normal y patológica*. Gedisa.
- Bleger, J. (1972). *Temas de psicología. (Entrevista y grupos)*. Ediciones Nueva Visión.
- Bion, W. (1957). Diferenciación de las personalidades psicóticas y no psicóticas. *International Journal of Psychoanalysis Association*, 38, 266-275.
- Bion, W. (1987). *Aprendiendo de la experiencia*. Paidós.
- Bion, W. (2000). *Elementos de Psicoanálisis*. Grupo Editorial Lumen.
- Bleichmar, N. & Bleichmar, C. (1997). *El Psicoanálisis después de Freud. Teoría y Clínica*. Paidós.
- Blos, P. (1975). *Psicoanálisis de la adolescencia*. J. Mortiz.
- Carlino, R. (2010). *Psicoanálisis a distancia*. Grupo Editorial Lumen.
- Carlino, R. (2014). Reflexiones sobre el psicoanálisis a distancia. *Revista de la sociedad argentina de psicoanálisis*, 18, 173-197.
- Castillo, M. & Gómez, E. (2004). Las peculiaridades de la investigación en psicoanálisis. *Terapia Psicológica*, 22(1), 25-32. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78522103>
- Chamizo, O. (2019). *Las sombras de Narciso. Clínica Freudiana II*. Siglo XXI Editores.

Cosentino, S., Arias, E. & Pérez, C. (2017). El trastorno límite de la personalidad en psicoanálisis: La evolución teórica de los orígenes a la mentalización. *Temas de psicoanálisis*, 14. <https://www.temasdepsicoanalisis.org/2017/07/30/el-trastorno-limite-de-personalidad-en-psicoanalisis-la-evolucion-teorica-de-los-origenes-a-la-mentalizacion/>

Díaz, I. (2020). *Técnica de la Entrevista Psicodinámica*. Pax.

Donnet, J. & Green, A. (2017). *El Niño de Eso. Psicoanálisis de una Entrevista: La Psicosis Blanca*. Social Ediciones.

Etchegoyen, H. (2010). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Amorrortu.

Freud, S. (1905). *Tres ensayos de teoría sexual*. En Tomo VII. Obras Completas. Amorrortu.

Freud, S. (1911). *Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico*. En Tomo XII. Obras Completas. Amorrortu.

Freud, S. (1915). *Pulsiones y destinos de pulsión*. En Tomo XIV. Obras Completas. Amorrortu.

Freud, S. (1917a). *Duelo y Melancolía*. En Tomo XIV. Obras Completas. Amorrortu.

Freud, S. (1917b). *Parte III. Doctrina general de las neurosis*. En Tomo XVI. Obras Completas. Amorrortu.

Freud, S. (1923). *El Yo y el Ello*. En Tomo XIX. Obras Completas. Amorrortu.

Freud, S. (1924). *Neurosis y Psicosis*. En Tomo XIX. Obras Completas. Amorrortu.

Freud, S. (1926). *Inhibición, síntoma y angustia*. En Tomo XX. Obras Completas. Amorrortu.

Freud, S. (1930). *El malestar en la cultura*. En Tomo XXI. Obras Completas. Amorrortu.

Freud, S. (1931). *Sobre la sexualidad femenina*. En Tomo XXI. Obras Completas. Amorrortu.



- Freud, S. (1933). *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*. En Tomo XXII. Obras Completas. Amorrortu.
- Freud, S. (1937). *Análisis terminable e interminable*. En Tomo XXIII. Obras Completas. Amorrortu.
- Freud, S. (1940). *Esquema del psicoanálisis*. En Tomo XXIII. Obras Completas. Amorrortu.
- Fossa, P. (2010). Organización Limítrofe de la Personalidad. *Revista de Psicología GEPU*, 1(1), 32-52.
- Green, A. (1994). *De locuras privadas*. Amorrortu.
- Green, A. (1997). The intuition of the negative in playing and reality. *International Journal of Psychoanalysis*, 78, 1071-1084.
- Greenson, R. (2004). *Técnica y práctica del psicoanálisis*. Siglo XXI.
- Grinberg, V. & Segura, A. (2021). Terapia psicoanalítica a distancia. *Intercambios papeles de psicoanálisis / Intervancis papers de psicoanàlisi*, 46, 31-44.  
<https://www.raco.cat/index.php/Intercanvis/article/view/397148>
- Gutton, P. (1993). *Nuevas aportaciones a los procesos puberales y de la Adolescencia*. Grupo TESEO.
- Hernández, O. (2013). El empobrecimiento de la investigación cualitativa en psicología. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 7(1), 121-124.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297226904001>
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. McGrawHill.

Hornstein, L. (2008). Patologías del desvalimiento. *Instituto de Altos Estudios en Psicología y Ciencias Sociales, UCES*. <http://luishornstein.com/textos/patologiasdeldesvalimiento.pdf>

Kancyper, L. (2007). *Adolescencia: el fin de la ingenuidad*. 1ª ed. Lumen.

Kernberg, O. (1967). Borderline Personality Organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15(3), 641-685.

<https://doi.org/10.1177/000306516701500309>

Kernberg, O. (1979). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Paidós.

Kernberg, O. (1993). *La Teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico*. Paidós.

Kernberg, P., Weiner, A. & Bardenstein, K. (2002). *Trastornos de Personalidad en niños y adolescentes*. Manual Moderno.

Klein, M. (1946). *Notas sobre algunos mecanismos esquizoides*. En Tomo III. Obras Completas. Paidós.

Klein, M. (1948). *El Psicoanálisis de niños*. En Tomo II. Obras Completas. Paidós.

Klein, M. (1952). *Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé*. En Tomo III. Obras Completas. Paidós.

Klein, M. (1957). *Envidia y gratitud*. En Tomo III. Obras Completas. Paidós.

Klein, M. (1958). *Sobre el desarrollo del funcionamiento mental*. En Tomo III. Obras Completas. Paidós.

Krippendorff, K. (1990). *Metodología de análisis de contenido. Teoría y práctica*. Paidós.

- Laufer, M. (1989). Psicosis en la Adolescencia: ¿Realidad o ficción? *Revista Uruguaya de Psicoanálisis. En línea* (69). ISSN 1688-7247.
- Laplanche, J. & Pontslis, J. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Paidós.
- López, F. (2002). El análisis de contenido como método de investigación. *Revista de Educación*, 4, 167-179.
- Mahler, M. (1972). *Simbiosis humana: las vicisitudes de la individuación*. J. Mortiz.
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic Diagnosis. Understanding Personality Structure in the Clinical Process*. Second edition. The Guildford Press.
- Nasio, J. (2013). *Los más famosos casos de psicosis*. Paidós.
- Quecedo, R. & Castaño, C. (2002). Introducción a la metodología de investigación cualitativa. *Revista de Psicodidáctica*, 14, 5-39. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17501402>
- Ramírez, N. (2010). Las Relaciones Objetales y el Desarrollo del Psiquismo: Una Concepción Psicoanalítica. *Revista de Investigación en Psicología*, (13)2, 221-230.
- Segal, H. (2010). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Paidós.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2010). *Código ético del psicólogo*. Trillas.
- Tubert, S. (2000). *Un extraño en el espejo. La crisis adolescente*. Editorial Ludus.
- Winnicott, D. (1947). El odio en la contratransferencia. *The international Journal of Psychoanalysis*, 1949, xxx, 2.
- Winnicott, D. (1965). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Paidós.
- Winnicott, D. (1971). *Realidad y Juego*. Gedisa.

## ANEXOS

### Historia clínica de Ana

Formato de “Historia Clínica” empleado en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, ubicado en la Facultad de Psicología de la UNAM.,

#### Información de los padres

DATOS	MADRE	PADRE
Nombre	Laura	Jorge
Edad	46	48
Escolaridad	Secundaria	Secundaria
Ocupación	Empleada	(Desconoce la información)
Horario de trabajo	Lun-Dom	“
Religión	Católica	“
Estado Civil	Soltera	“

#### Antecedentes heredofamiliares

PARENTESCO	EDAD	CONDICIÓN ACTUAL DE SALUD	ENFERMEDAD CRÓNICA O MENTAL /ADICCIONES
Abuela	63	Estable-Hipertensa	Hipertensión

## Antecedentes de nacimiento y desarrollo

<b>Desarrollo prenatal y Perinatal</b> (incluyendo salud materna, uso de drogas, alcohol o tabaco durante el embarazo, posibles complicaciones durante el embarazo y nacimiento)
La salud física y mental de la madre eran buena antes, durante y después del embarazo. Ana menciona que cuando su madre se encontraba embarazada tuvo una caída en la cual se golpeó el estómago-vientre, sin embargo, no hubo complicaciones para la gestación, ni para el parto.
<b>Desarrollo Postnatal</b> (dificultades en control de esfínteres, retraso del lenguaje, dificultad para aprender a caminar, etc.)
La paciente refiere no haber tenido dificultades físicas o cognitivas. Menciona que tomó pecho materno al menos 6 meses. Indica que, aunque intentó gatear, no desarrolló al cien por ciento dicha actividad. Sus primeros pasos fueron alrededor de los 8 meses. No tuvo dificultades para el control de esfínteres. Así mismo refiere sus primeras palabras alrededor de los 8 meses.
<b>Historia de la primera infancia</b> (2 a 6 años)
La paciente refiere haber aprendido a leer y escribir hasta el primer año de primaria. Ana menciona haber tenido una infancia agradable. Durante este periodo la paciente vivía con sus hermanas y ambos padres.
<b>Historia de la segunda infancia</b> (6 a 12 años)
La paciente menciona que alrededor de sus 6 o 7 años de edad su padre se va de casa. Agrega que en un principio seguía frecuentándola a ella y a sus hermanas, sin embargo, poco a poco dejó de

hacerlo. Ana refiere que nunca preguntó las causas de la partida de su padre y su madre tampoco se las dijo. A partir de ese momento, la madre de Ana sale a trabajar diario dejándola a ella y a sus hermanas al cuidado de su abuela, esta etapa fue muy difícil para la paciente, ya que menciona haber sentido un abandono por parte de su madre y malos tratos por parte de su abuela.

**Periodo de adolescencia** (12 a 19 años)

**Área escolar:**

1. Relación y/o dificultades con las figuras de autoridad

Ana menciona que siempre fue una alumna muy aplicada. Con una relación neutral con sus profesores, sin ninguna dificultad sobresaliente.

2. Relación y/o dificultades con sus compañeros de clase

La paciente menciona que le ha costado trabajo establecer relaciones significativas, que tiene algunos amigos, pero que no se siente en confianza para contarles sus problemas. En ese aspecto Ana menciona que tiene algunos amigos desde el bachillerato con los cuales se siente más a gusto, pero que la situación del confinamiento debida a la pandemia por COVID-19 ha aminorado su interacción; menciona que, si bien estos amigos suelen tenerle confianza para contarle muchas cosas personales, Ana no lo hace, a excepción de su mejor amiga Amanda, con la cual mantiene una relación significativa desde hace varios años.

3. Áreas de interés académico

<p>La paciente se encuentra cursando una licenciatura en una universidad pública de la Ciudad de México con intereses en la salud y aspectos sociales. Comenta que ha pensado cambiarse de carrera, lo cual le representa un conflicto pues ya ha cursado más de la mitad de la licenciatura.</p>
<p>4. Principales dificultades de aprendizaje en la escuela y/o problemas de conducta</p>
<p>La paciente refiere que no ha tenido dificultades de aprendizaje o algún problema de conducta.</p>
<p>5. Rendimiento académico (incluyendo calificaciones, cursos reprobados, servicios de educación especial recibidos y cambios de escuela)</p>
<p>La paciente refiere tener un buen rendimiento académico. No ha reprobado materias en su vida académica, ni acudido a servicios de educación especial, ni cambios de escuela.</p>
<p>6. Motivos de consulta escolar</p>
<p>Podríamos señalar el conflicto referente al deseo de cambio de carrera el cual se ha abordado en las sesiones de evaluación.</p>
<p><b>Área familiar:</b></p>
<p>7. Dinámica familiar con los padres (incluyendo conflictos, tiempo que pasan juntos y actividades realizan además del apoyo en las actividades escolares)</p>
<p>La paciente narra que ha habido constantes peleas entre los miembros de su familia, en especial con su madre y su hermana Laura. Dice sentirse muy irritable, que han peleado casi por cualquier cosa. Esto la hace sentir muy angustiada porque no sabe hasta cuando las cosas seguirán así. Por otro lado, menciona llevarse bien con su hermana Daniela, con la que pasa más tiempo e incluso</p>

comparten cuarto (situación que cambió conforme avanzó el tratamiento). Menciona que es muy independiente para realizar sus labores académicas

#### 8. Relación y/o conflictos con los hermanos

Como se mencionó previamente, Ana mantiene una relación distante y conflictiva con su hermana Laura, pero cercana con su hermana Daniela (como se mencionó previamente, se podrá observar que este vínculo oscilará entre afectos contrarios).

#### 9. Concepto que tiene de su familia y adaptación al sistema familiar

Ana menciona que en su familia no hay una buena comunicación, que nadie sabe de los intereses ni preocupaciones del otro, lo cual entristece y disgusta a la paciente. Agrega que le gustaría que la situación fuera diferente, pero no sabe qué hacer al respecto.

### **Área emocional sexual y de salud**

#### 10. Situación en sus relaciones de pareja y/o pareja actual (incluyendo conflictos de pareja y preferencias sexuales)

Ana menciona la infidelidad de parte de una pareja (la cual no era formal) que tuvo hace algunos meses aproximadamente. Menciona que aquella relación ocasionó una falta de confianza en su pareja y en sí misma y una baja autoestima.

Al comienzo del tratamiento la paciente no tiene pareja, sin embargo, conforme avanzaba el tratamiento, Ana comienza su actividad sexual con un chico que conoce en una fiesta, esto puede describirse como un acto impulsivo pues, además de que no conocía al chico, ella había bebido



demasiado y no utilizaron ningún método anticonceptivo ni de prevención de I.T.S. A los pocos meses Ana inicia una relación formal con este chico.

#### 11. Estabilidad en sus relaciones de pareja

En un principio, la paciente menciona que no ha mantenido una relación estable, lo cual le hace sentir angustiada y un poco acomplejada. Se pregunta el por qué no puede mantener una relación estable o por qué los chicos no la toman en serio. Sin embargo, como se mencionó en el apartado anterior, Ana inició una relación de pareja formal, la cual continúa durante el resto del tratamiento. A pesar de que esta relación se ha mantenido estable, la inseguridad que siente Ana debido a fantasías de abandono está permeando constantemente su relación.

#### 12. Manejo de sentimientos y emociones

Parece que la paciente presenta dificultades con el manejo de afectos especialmente el enojo en momentos que se encuentra en discusiones con su hermana o su madre. En estas discusiones llega a presentar conductas que podríamos catalogar como acting outs, azotando puertas y/o aventando objetos. A su vez, no saber el por qué sus sentimientos de enojo y tristeza son tan intensos, hacen que la frustración y la angustia de la paciente sean sensaciones de niveles muy elevados.

#### 13. Inicio de la actividad sexual (cuidados y/o enfermedades de transmisión sexual)

Como se mencionó en apartados anteriores, la paciente no había iniciado su actividad sexual cuando comenzó el proceso terapéutico. Sin embargo, en la sesión número 27 la paciente comentó que tuvo su primera relación sexual con un chico que conoció en una fiesta. Este hecho le hizo sentirse muy mal tanto por la impulsividad del acto como porque cree que el chico tiene novia. Agrega que no sabe por qué actuó de una manera tan impulsiva.

14. Consumo de sustancias adictivas (alcohol, cigarro y/o drogas, incluyendo frecuencia y situaciones en las que consume)
No consume alguna sustancia psicoactiva, sin embargo, comenta que llega a tomar alcohol en las fiestas y que en ocasiones toma de una manera desmedida.
15. Concepto de sí mismo
La paciente siente que no es suficiente en cualquier cosa que ella hace. Parece sentirse triste, molesta, insatisfecha y desesperada con ella misma y con la situación que vive. Se siente muy frustrada por no poder “estar bien”
16. Hábitos alimenticios
La paciente menciona que suele comer bien, que no ha presentado algún problema relacionado con sus hábitos alimenticios.
<b>Área Social:</b>
17. Interacciones sociales (incluyendo dificultades para socializar y/o pertenencia a grupos sociales)
Como se mencionó anteriormente, la paciente menciona que le ha costado trabajo establecer relaciones significativas con sus compañeros de licenciatura. Tiene algunos amigos, pero que no se siente en confianza para contarles sus problemas. Ana menciona que mantiene algunos vínculos significativos con amigos que conoció en el bachillerato, pero que la situación del confinamiento ha aminorado su interacción. Sin embargo, comenta que, si bien estos amigos

<p>suelen tenerle confianza para contarle muchas cosas personales, Ana no lo hace, a excepción de con su amiga Amanda, con la cual mantiene una relación significativa desde hace varios años.</p>
<p>18. Actividades cotidianas</p>
<p>Menciona que prácticamente su día consiste en actividades escolares. Suele hablar con su amiga Amanda e incluso pasar algunos días en su casa. Conforme avanza el tratamiento, Ana incorpora otras actividades a su cotidianidad, como las prácticas profesionales, salir con su pareja y encontrar un trabajo de fines de semana.</p>
<p>19. Actividades de interés y de tipo recreativo (deportes, participación en clubes, uso de tiempo libre)</p>
<p>La paciente menciona que disfruta de ver series y escuchar música, así como de hablar con sus amigos y salir con ellos cuando le es posible, aunque dadas las condiciones del confinamiento, esta actividad se ha visto mermada, lo cual es vivido con tristeza por la paciente.</p>
<p>20. Independencia personal (realizar actividades solo o sin ayuda de un adulto)</p>
<p>Menciona que suele hacer sus actividades por su cuenta, que en pocas ocasiones ha solicitado la ayuda de su familia para sus tareas escolares, o sus deberes en casa. Lo cual contrasta sobremanera con la forma en la que ella se presenta a los demás y como se percibe bajo determinadas situaciones y afectos, es decir, muy dependiente.</p>
<p><b>Área laboral:</b></p>
<p>21. Incursión al mercado laboral (actividades que realiza, motivo por el que empezó a trabajar y satisfacción de las actividades)</p>

Durante la primera parte del proceso Ana no trabajaba, sin embargo, posteriormente consigue un trabajo de fines de semana en una tienda de dependencia. Ana se mantiene intermitente en el trabajo, sin embargo, durante un tiempo faltó mucho a éste, lo cual puede ser entendido como una manifestación de su conflictiva y su repetición de sus sentimientos de incapacidad y culpa.

## 22. Relación con jefes y compañeros de trabajo

En un principio Ana menciona que la relación con sus jefes y compañeros de trabajo es buena. Sin embargo, ya para el final del tratamiento, Ana comenta sentirse incómoda en su trabajo ya que cree que no les agrada a muchos de sus compañeros.

## Examen Mental

### A. Conducta y aspecto general del paciente

La paciente luce en buenas condiciones de aseo y cuidado personal. Está consciente en tiempo, lugar y circunstancia. Se comporta acorde a la situación del encuadre evaluativo-terapéutico.

### B. Cognición y estado

sensoriomotor

*b.2 Atención y concentración*

*b.3 Memoria*

*b.4 Recursos*

*b.1 Grado de orientación*

*en las tres esferas*

*intelectuales*

Orientada en tiempo, lugar y circunstancia.

Se percibe en buenas condiciones sensoriomotoras, así como de atención, concentración y de memoria. Parece contar con un buen estado de sus recursos intelectuales.
<b>C. Discurso</b>
Presenta un discurso coherente orientado en las tres esferas mostrando una buena capacidad de elaboración del mismo.
<b>D. Contenido del pensamiento</b>
En un principio Ana presenta un contenido de pensamiento lógico y en su mayoría concreto, pero conforme avanza el tratamiento parece no tener dificultad en llevar a cabo abstracciones, reflexiones y situaciones imaginarias.
<b>E. Creencias y experiencias anormales de la interpretación de eventos</b>
<i>e.1 Especificar contenidos, inicio y grados de fijación</i> <span style="float: right;"><i>e.2 Experiencias anormales</i></span>
Parece que la paciente no presenta creencias o experiencias anormales en la interpretación de eventos que sugieran una patología psicológica u orgánica grave. Por otro lado, presenta una conflictiva que involucra tanto a la angustia de abandono como ansiedades persecutorias, lo cual juega un papel fundamental en la percepción de sí misma y de los otros
<b>F. Afectividad</b>
La paciente parece presentar una coherencia entre las experiencias, sus objetos y los afectos ligados a ellas. Sin embargo, como se mencionó previamente, la conflictiva de la paciente afecta

hasta cierto punto la percepción de sí misma y su interacción con los otros, lo cual origina que afectos como la tristeza y enojo sean intensos llegando al grado de intolerables.

**G. Juicio**

La paciente cuenta con un juicio crítico. Se observa capacidad reflexiva, cognitiva, de abstracción y de simbolización.