MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE UNA PSICODINAMIA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRO EN INVESTIGACIÓN PSICOANALÍTICA

P R E S E N T A :
LUIS VÁZQUEZ GARCÍA

MÉXICO, D.F. 2001.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Jorge Sánchez Escárcega, por su interés y apoyo en la dirección del presente trabajo. Además de ser quien me sugirió el tema y líneas de trabajo.

A mi esposa Rosa Ma. Por su apoyo incondicional.

A mis hijos Josué, David y Daniel.

ÍNDICE

RESUMEN.....

CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN.....
1.1 INTRODUCCIÓN AL TEMA .....
1.2 JUSTIFICACIÓN.....
1.3 OBJETIVOS
1.4 MARCO TEÓRICO .....
1.5 METODOLOGÍA PROPUESTA.....
1.6 VENTAJAS DEL MANUAL .....
1.7 LIMITACIONES DEL TRABAJO.....

CAPITULO 2: BASES TEÓRICAS DE LA PSICODINAMIA
2.1 EL CONCEPTO DE PSICODINAMIA Y SU CONTEXTO METODOLÓGICO .....
2.2 ALGUNOS ELEMENTOS PSICODINÁMICOS EN LA TEORÍA PSICOANALÍTICA .....
2.2.1 Freud y sus modelos mentales .....
2.2.2 El primer año de vida de Spitz .....
2.2.3 El nacimiento psicológico del infante humano. Mahler.....
2.2.4 La línea evolutiva y los mecanismos de defensa en Anna Freud.....
2.2.5 Las ocho edades del hombre de Erikson .....
2.2.6 La posición esquizopranoide y depresiva de M. Klein.....

2.2.7 Sobre la metapsicología. Rapaport.....
2.2.8 Las funciones del yo de Bellak.....
2.2.9 Teoría de las relaciones de objeto de Kernberg .....
2.2.10 El self y su patología en Kohut .....

CAPITULO 3: LA ENTREVISTA
3.1 GENERALIDADES .....
3.2 LA ENTREVISTA PSICODINAMICA .....
3.3 LA PRIMERA ENTREVISTA .....
3.4 EL CAMPO Y EL ENCUADRE DE LA ENTREVISTA .....
3.5 LA ENTREVISTA ESTRUCTURAL DE KERNBERG .....
CAPITULO 4: HISTORIA CLÍNICA.....
4.1 ANTECEDENTES Y DEFINICIÓN .....
4.2 MODELOS DE HISTORIAS CLÍNICAS .....
4.2.1 Esquema de Menninger .....
4.2.2 Esquema de Bleger.....
4.3 PROPUESTA DE ESQUEMA .....
4.4 METODOLOGÍA DEL ESQUEMA PROPUESTA .....
4.4.1 Ficha de identificación .....
4.4.2 Descripción del paciente.....
4.4.3 Motivo de la consulta .....
4.4.4 Antecedente del problema .....
4.4.5 Historia familiar .....
4.4.6 Historia personal .....
4.4.7 Pautas de ajuste a la vida adulta.....
4.4.8 Examen mental.....
4.4.9 Diagnóstico clínico .....

CAPITULO 5: EXAMEN MENTAL Y DIAGNÓSTICO CLÍNICO .....
5.1 EXAMEN MENTAL Y SU CAMPO .....
5.2 EXAMEN MENTAL Y SU DEFINICIÓN Y ESQUEMA .....
5.3 EXAMEN MENTAL Y SU METODOLOGÍA .....
5.3.1 Funciones senso-perceptivas.....
5.3.2 Procesos de pensamiento .....
5.3.3 Funciones intelectuales .....
5.3.4 Memoria.....
5.3.5 Funciones de la conciencia.....
5.3.6 Emociones o afecto.....
5.3.7 Motivación.....
5.4 CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA .....
5.5 DIFERENCIA ENTRE DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y PSICODINÁMICO .....
5.6 DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL .....

CAPITULO 6: PSICODINAMIA .....
6.1 DELIMITACIÓN DEL SIGNIFICADO DEL TERMINO .....
6.2 ANTECEDENTES DE ESTE TRABAJO .....
6.2.1 El modelo de la evaluación metapsicolótica de la personalidad de Anna Freud .....
6.2.2 El modelo de Coderch .....
6.2.3 Modelo de las relaciones de objeto .....
6.2.4 Memoria.....
6.3 ¿QUÉ ES E APARATO PSÍQUICO? .....
6.4 ELEMENTOS Y CRITERIOS A TOMAS EN CUENTA EN UNA EVALUACIÓN PSICODINÁMICA .....
6.4.1 Hipótesis metapsicológicas .....

6.4.2 Funcionamiento yoico .....
6.4.3 Funcionamiento defensivo .....
6.4.4 Temores fundamentales asociados al origen de la ansiedad.....
6.4.5 Modelo jerárquico de integración .....
6.4.6 Transferencia y contratransferencia .....
6.4.7 Diagnóstico, pronóstico y tratamiento .....

CAPITULO 7: EJEMPLO DE UN EJERCICIO PSICODINÁMICO.....
7.1 HISTORIA CLÍNICA .....
7.2 EXAMEN MENTAL .....
7.3 DIAGNÓSTICO CLÍNICO .....
7.4 PSICODINAMIA .....

CAPITULO 8: LA PSICODINAMIA Y LA INVESTIGACIÓN EN PSICOANÁLISIS.....
8.1 INTRODUCCIÓN .....
8.2 OTRAS APLICACIONES DE LA PSICODINAMIA .....
8.3 LA PSICODINAMIA COMO UNA HERRAMIENTA AUXILIAR EN LA INVESTIGACIÓN PSICOANALÍTICA.....

CONCLUSIONES .....

BIBLIOGRAFÍA .....

RESUMEN

Los psicoanalistas hacen mentalmente una serie de inferencias o hipótesis iniciales acerca de la problemática del paciente, esto sucede mientras se va desarrollando la entrevista o el contacto inicial con el paciente. Durante este proceso se recaba información sobre la vida del entrevistado, sus conflictos, síntomas. Vistos estos bajo la lupa del Marco Teórico del Psicoanálisis podemos entender el porqué de su conducta o padecimiento, llegando así a una evaluación o comprensión psicodinámica de éste.

La pregunta fundamental es ¿qué postulados teórico del psicoanálisis se deben escoger para ordenar nuestras diferentes observaciones del material clínico, en una psicodinamia?

El presente trabajo es una investigación teórica de los conceptos y elementos básicos que se utilizan en la elaboración de una psicodinamia psicoanalítica. Todo ello con la finalidad de realizar este manual, que pretende ser una guía útil y práctica del cómo elaborar una psicodinamia de corte psicoanalítico.

CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN

1.1 INTRODUCCIÓN AL TEMA.

El desarrollo y la eficacia de la terapia psicoanalítica descansa sobre dos pilares: uno, los fundamentos teóricos y metodológicos provenientes del psicoanálisis; y otro pilar que implica una gran responsabilidad es: la formación del terapeuta.

Coderch, (1990) insiste en la necesidad de una sólida preparación para aquel que quiera especializarse en la psicoterapia psicoanalítica.

Por la complejidad de su objeto de estudio esta formación es un proceso largo y complejo más que en otras disciplinas.

Este proceso implica cambios en la personalidad del candidato así como la adquisición de conocimiento teóricos y técnicos que no sólo se consiguen a través de la lectura, sino también en el desarrollo y crecimiento de la experiencia personal como lo da la supervisión de casos y el propio análisis.

"La Asociación Mexicana de Psicoterapia Psicoanalítica, A.C. consciente de esta realidad, desde el año 1965 ha tenido como principal objetivo, promover el estudio, enseñanza e investigación del psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica en México siendo pionera en la formación de psicoterapeutas psicoanalíticos." (A.M.P.P., 1995)

Uno de los primeros pasos a dar en esta compleja formación: es adquirir los conocimientos teóricos y científicos para la elaboración de un diagnóstico psicodinámico.

El proceso diagnóstico en psicoanálisis implica el desarrollo de una sucesión de mecanismos mentales complejos que se activan desde las primeras consultas para lograr una serie de inferencias hipotéticas o supuestos sobre una persona que podría ser candidato a un tratamiento psicoanalítico o psicoterapia psicoanalítica.

Estas primeras hipótesis elaboradas en los primeros contactos con el paciente constituyen el punto de partida fundamental del tratamiento psicoanalítico.

Básicamente son tres los aspectos que se deben tomar en cuenta en el proceso de un diagnóstico psicodinámico.

a) El método de recolección de la información o entrevista.

b) La organización de la información obtenida en una historia clínica, con su diagnóstico clínico, que incluye un examen mental.

c) Un reporte escrito de la evaluación diagnóstica que contiene una impresión psicodinámica hipotética del paciente al que llamaremos: Psicodinamia.

Este reporte escrito, es un ejercicio mental que implica un esfuerzo importante de síntesis, creatividad y organización de la información obtenida en la entrevista, organizada en una historia clínica, y que procesada en la mente del analista debe ser ordenada dentro del sistema teórico del psicoanálisis, donde se mezclan los conceptos teóricos, con la información sobre la vida del paciente para dar como resultado final una impresión psicodinámica hipotética del paciente. (Velasco, 1996)

En general esta formulación psicodinámica es resultante de la historia clínica del paciente, ha de ser específica, breve, con una estructura lógica, un propósito definido, enfocada a clarificar los problemas o conflictos esenciales, basada en un marco teórico y planteada en términos metapsicológicos.

1.2 JUSTIFICACIÓN:

Una de las principales dificultades que tiene el estudiante en la formación psicoanalítica, es: ¿cómo elaborar una psicodinamia?, ¿cuáles son los criterios que debe cumplir ésta?, ¿qué elementos teóricos debe contener? y ¿cómo integrar en un informe escrito los datos psicodinámicos?

Estos elementos teóricos y prácticos necesarios para la elaboración de un diagnóstico psicodinámico se encuentran dispersos en una amplia bibliografía psicoanalítica.

Si bien, los catedráticos tratan de subsanar estas dificultades, creo que sería de gran utilidad que el alumno contara con un manual, que desde el inicio de su formación brinde las herramientas necesarias para dicho menester.

Es común y frecuente que el estudiante que empieza su formación analítica tenga la impresión que el proceso psicodinámico sea algo misterioso, poco científico, casi como una inspiración subjetiva que se siente y se intuye

solamente en la mente del clínico experimentado, y que seguramente este difícil proceso será asimilado mágicamente con el paso del tiempo.

Por otro lado desafortunadamente no existen en la actualidad muchos trabajos que hablen acerca de la formulación diagnóstica psicodinámica y sobre todo trabajos que otorguen mayor peso al **"cómo se hace"** y no al **"qué es"**.

Por todo ello nació en mi el interés de realizar un manual que compendie los elementos esenciales para la elaboración de una psicodinamia y al mismo tiempo sea una guía útil que introduzca, oriente y le facilite al aprendiz, el manejo de esta completa tarea.

1.3 OBJETIVOS:

El presente trabajo pretende alcanzar los siguientes objetivos:

Objetivo general: Realizar un manual que compendie los elementos teóricos y prácticos esenciales en la elaboración de un diagnóstico y reporte psicodinámico.

Objetivo específico: Que este manual se convierta en una guía útil y práctica, que introduzca más fácilmente al aprendiz (usuario) en la teoría y técnica necesarias para la elaboración de una psicodinamia.

1.4 MARCO TEÓRICO:

En cuatro partes se divide el Marco Teórico del presente trabajo:

a) Este trabajo esta propuesto dentro de la Teoría General del Psicoanálisis, para ello, la primera tarea a la que nos abocamos en el capítulo 2, fue reunir fragmentos de las Teorías de aquellos autores psicoanalíticos que han contribuido con la creación de los elementos que utilizamos en una valoración psicodinámica.

   Hemos elegido aquellos autores que a nuestro entender son los más representativos y que actualmente constituyen las principales líneas del pensamiento psicoanalítico, además de que éstos autores han buscado conservar el espíritu de esta disciplina.

   Es posible omitir algún autor o tópico, pero no se pretende hacer una revisión exhaustiva, la finalidad es brindar al lector una visión general de la génesis de los elementos que hoy en día utilizamos en la elaboración de

una psicodinamia, para que luego él si así lo desea pueda profundizar en los temas de su interés consultando la fuente de origen.

b) Los siguientes capítulos (3, 4, 5) están dedicados a los elementos técnicos previos y necesarios a la elaboración psicodinámica como lo son la entrevista, la historia clínica que incluye un examen mental y un diagnóstico clínico. Estos elementos técnicos nos auxilian en la captura y el tratamiento del dato clínico que posteriormente nos permiten llegar a la evaluación psicodinámica de un paciente. Los autores que en estos capítulos abordamos, aparte de ser expertos en estos tópicos, buscan dar al tema un enfoque psicodinámico.

   Los esquemas propuestos en estos capítulos pretenden ser una guía útil que facilite la recolección de los datos clínicos y no se tomen como machotes rígidos a seguir.

c) Una vez establecido los elementos teóricos y técnicos previos a la Psicodinamia, llegamos al capítulo 6 y central de esta tesis, después de delimitar el significado del termino se expuso algunos modelos de psicodinamia, que son los antecedentes, de esta nueva propuesta. Todos estos esquemas son los más significativos que encontramos en la escasa bibliografía que existe al respecto del tema psicodinamia.

   En general cada uno de estos modelos aborda el tema de la psicodinamia desde el Marco Teórico de la escuela postfreudiana a la que pertenecen. La

propuesta central de este capítulo es la posibilidad de manejar un estilo de trabajo psicodinámico que utilice varios elementos de diferentes autores que con marcos referenciales distintos dentro del psicoanálisis nos permita abordar un mismo hecho clínico visto con diferentes perspectivas, con la finalidad de llegar a una comprensión mas abarcativa y profunda, de la psicodinamia de un paciente. Rapaport (1967) y luego Gedo y Goldberg (1980) llegaron a la misma conclusión, que no hay Teoría o Modelo Mental totalmente satisfactorio.

Lo que actualmente obliga al analista a explicar un fenómeno de diversos ángulos o de distintos niveles operativos. Por ello los elementos psicodinámicos que proponemos, contemplan diversas vertientes teóricas, como teoría pulsional clásica, la psicología del yo, la teoría de las relaciones objeto, el self y el narcisismo, etc. no en búsqueda de un eclecticismo que forme un todo unificado, sino con la consciencia de que este conjunto de teorías y afirmaciones se pueden respetar entre sí pero a la vez pueden explicar un dato clínico desde diferentes perspectivas. Además permitiendo que el espíritu del psicoanálisis continué unificado en sus principios básicos.

En el capítulo 7 se dedico a un ejercicio práctico en donde a través de un caso clínico se pueda apreciar la aplicación de los elementos sugeridos.

d) Por último en el capítulo 8 se trata de hacer conciencia de la importancia de la investigación en psicoanálisis y al mismo tiempo de mostrar que la

psicodinamia aparte de ser un instrumento diagnóstico, es además una herramienta de gran utilidad en la investigación psicoanalítica.

1.5 METODOLOGÍA PROPUESTA:

Para la realización de este manual se dieron los siguientes pasos:

Primero: Se llevó a cabo una investigación teórica de los diferentes autores y tratados psicoanalíticos que aportan elementos necesarios para la elaboración de una psicodinamia.

Segundo: Se determinó cualitativamente cuáles de estos elementos son los más adecuados y necesarios en la elaboración de una psicodinamia, según el estudio de diversos teóricos de psicoanálisis.

Tercero: Y último paso fue agrupar estos elementos tanto teórico como prácticos en el presente manual, que oriente a todo aprendiz (del método psicoanalítico) en el cómo elaborar una psicodinamia, dotándolo de las herramientas que lo guíen y le faciliten el desarrollo de esta compleja tarea.

1.6 VENTAJAS DEL MANUAL

El presente manual busca beneficiar a todo aquel que pretende iniciarse en el estudio del método psicoanalítico, y más concretamente, en la formación de terapeuta psicoanalítico, en lo que respecta al tema del diagnóstico y reporte psicodinámico.

Algunas ventajas de la elaboración de este manual serían:

- Este manual será la llave que introduzca más fácilmente en la teoría y técnica necesarias para la elaboración de una psicodinamia.
- Es un compendio de lo más esencial de la teoría, que evite una revisión minuciosa de grandes tratados, pero a la vez, sin perder la seriedad en la presentación de los conceptos.
- Este manual es un instrumento de trabajo y de orientación científica, una guía útil, en la valoración de un paciente.
- Deberá facilitar el manejo y comprensión de los datos clínicos, para que el reporte psicodinámico sea coherente, objetivo y tenga un alto índice de confiabilidad diagnóstica.
- Será una ayuda para el mejor manejo de la teoría y técnica del diagnóstico y reporte psicodinámico que a su vez redundara en la profundización y comprensión del método psicoanalítico.

1.7 LIMITACIONES DEL TRABAJO

- Su aplicación se restringe principalmente a todos aquellos estudiantes que se inician en una formación psicoanalítica.
- Podemos inferir que a pesar de elaborar el citado manual y que éste contenga los elementos más adecuados para la elaboración de una psicodinamia, no va hacer garantía para eliminar los aspectos subjetivos y la diversidad de metodología en los reportes psicodinámicos.
- El encuadrar al usuario de este manual en un modelo de realización de psicodinamia puede reducir su creatividad, su inventiva y hasta limitar su propio estilo.
- El no detectar los elementos básicos y mínimos que se deben tomar en cuenta en la elaboración de una psicodinamia y termine siendo este manual la propuesta de un modelo más.
- Ala sintetizar los conceptos básicos de los grandes tratados, en el manual se puede caer en una falta de profundidad y precisión en la exposición de éstos.
- Este trajo no pretende probar ni evaluar la utilidad de una psicodinamia, esto sería motivo de otro estudio o investigación.

- Su vigencia esta sujeta a la temporalidad de nuevas aportaciones teóricas y técnicas que se den en el campo del psicoanálisis.

CAPITULO 2: BASES TEÓRICAS DEL LA PSICODINÁMIA

2.1 EL CONCEPTO DE PSICODINAMIA Y SU CONTEXTO METODOLÓGICO

Freud (1923), como padre del psicoanálisis, fue el primero en aportar elementos psicodinámicos para explicar el funcionamiento y la estructura mental.

El concepto de psicodinamía nace dentro de la teoría general del psicoanálisis.

Desde que Freud, 1923 escribió "El yo y ello" a partir de entonces los conceptos de ello, yo y superyo contenidos en esta obra, han dado dirección a la teoría psicodinámica, en la que se considera a los fenómenos psíquicos como la resultante de un conflicto entre fuerzas psíquicas opuestas. Este enfoque implica la existencia de una estructura psíquica de la que emanan, controlan, canalizan y dirigen estas fuerzas psíquicas (Díaz, 1989).

Lo psicodinámico se refiere tanto a las teorías del funcionamiento psíquico como a las técnicas terapéuticas basadas en tales teorías.

Por lo que el sistema psicodinámico es una organización conceptual formada por funciones mentales entrelazadas. Este sistema se ha ido elaborando en los últimos setenta años como un intento por hacer mas inteligente la experiencia y la conducta humana.

El concepto de psicodinamia ha influido directamente sobre la práctica psicoanalítica y, menor parte en la psicología, la psiquiatría en la teoría, en la experimentación, en la psicoterapia y en los estudios sociales.

Aparte del método psicoanalítico el concepto de psicodinamia tiene relación con otros métodos tal es el caso del método hermenéutico-dialéctico que está concebido y diseñado especialmente para el descubrimiento, la comprensión y la explicación de las estructuras o sistemas dinámicos que se dan en los seres humanos o en la organización y dinámica de grupos de personas, étnicos o sociales.

De esta manera el psicoanálisis (y los elementos psicodinámicos) son vistos como una disciplina hermenéutica cuyo propósito es el análisis de su objeto de estudio (los procesos inconscientes) por medio del método de la interpretación, con el cual el analista encuentra "la coherencia profunda del relato del paciente, rescata los significados latentes de la misma y la configura como historia en la que se recupera esa subjetividad lastimada del enfermo..." (Martínez, 1999).

Por último el método de "historia de vida" o estudio de casos mantiene una estrecha relación con el reporte psicodinámico.

Martínez (1999). "Nos dice que en el método de historias de vida se toma al sujeto y al individuo como el centro mismo del conocimiento, no como una técnica de estudio, sino como el método adecuado a conocer, pues es el único hombre que existe en la realidad concreta, y es en su historia donde se le puede captar con toda su dinámica. Al conocer el sujeto, se conoce el grupo y la cultura tal como se dan en concreto, de manera subjetiva, vivida. La historia de vida es para quedarse en ella, es el objeto-fin a conocer. Sólo en el sujeto total, en su praxis real, lo social-subjetivo existe, y es posible, así exorcizar las abstracciones sujeto y sociedad".

Cuando se elabora una psicodinamia se hace sin duda de la historia de vida del paciente un método de estudio.

La teoría psicoanalítica se ha desarrollado actualmente más con el apoyo, de métodos como este.

2.2 ALGUNOS ELEMENTOS PSICODINÁMICOS EN LA TEORÍA PSICOANALÍTICA.

Como anteriormente se mencionó los elementos teóricos y prácticos necesarios para la elaboración de una psicodinamia están comprendidos en una basta literatura psicoanalítica.

Freud como creador del psicoanálisis fue el primero en aportar estos elementos psicodinámicos en su intento por explicar el funcionamiento y la estructura mental, en su vasto trabajo creó dos teorías de las pulsiones, dos de la angustia, dos modelo del aparato psíquico, etc.

A partir de él aparecieron gran cantidad de escuelas, corrientes del pensamiento, grupos, autores, con enfoques particulares dentro del psicoanálisis que abrieron nuevas perspectivas tanto en la teoría como en la técnica.

El psicoanálisis como ciencia ha continuado su desarrollo, si bien sabemos los conceptos psicoanalíticos con frecuencia atraviesan por una evolución en que las definiciones se amplían y se contraen, nuevas relaciones se establecen entre conceptos, nuevos conceptos son introducidos, viejos conceptos adquieren significados nuevos, y también algunos conceptos obsoletos coexisten dentro de la teoría.

Así la literatura psicoanalítica contemporánea presenta diversas vertientes teóricas, entre las que destacan tenemos:

a) La teoría pulsional clásica.
b) Psicología del yo.
c) Teoría de relaciones de objeto.

d) Narcisismo y self.

Todas ellas constituyen la evidencia de una gran riqueza conceptual y de un arduo trabajo científico, en los que incide el pensamiento de Sigmund Freud.

En el siguiente cuadro enlistamos algunos autores que escogimos y de los que más adelante expondremos fragmentos de su obra, con la finalidad de apreciar los postulados teóricos, de los que se desprenden algunos elementos necesarios a contemplar en una evaluación psicodinámica. Estos autores que elegimos, a nuestro juicio son algunos de los más representativos en las diversas líneas del pensamiento psicoanalítico.

Autor	Título del Tema	Vertiente Psicoanalítica	Contenidos Teóricos
Freud, S.	Modelos mentales.	Teoría pulsional clásica.	- Modelos: arco reflejo, topográfico, narcisismo, estructural. - Etapas del desarrollo psicosexual: oral, anal, fálica, latencia y genital.
Spitz	El primer año de vida	Teoría de las relaciones objetales.	- Etapa pre-objetal. - Etapa del objeto precursor. - Etapa del objeto propiamente dicho.
Mahler	El nacimiento psicológico del infante humano.	Teoría de las relaciones objetales.	- Fase simbiosis normal. - Fase de separación individuación: sub fase de diferenciación, de práctica, de reaproximación, de camino a la constancia

			objetal.
Freud, A.	La línea evolutiva y los mecanismos de defensa.	Psicología del yo.	- Líneas de desarrollo: desde la dependencia hasta la seguridad emocional en sí mismo y las relaciones adultas objetales. - Mecanismos de defensa.
Erikson	Las ocho edades del hombre.	Teoría pulsional clásica.	- Edades del hombre: 1. Confianza vs desconfianza, 2. Autonomía vs duda, 3. Iniciativa vs culpa, 4. Industria vs inferioridad, 5. Identidad vs confusión, 6. Intimidad vs aislamiento, 7. Generatividad vs estanca-miento, 8. Integridad vs desespera-ción.
Klein	La posición esquizoparanoide y la depresiva.	Teoría de las relaciones objetales.	- Ansiedades básicas (1 año de vida). a) La posición esquizoparanoide. b) La depresiva.
Rapaport	La metapsicología	Psicología del yo.	- Los puntos de vista: dinámico, económico, estructural, genético y adaptativo.
Bellak	Las funciones del yo.	Psicología del yo.	- Funciones del yo: prueba y sentido de realidad, juicio, relaciones de objeto, regulación y control de impulsos y afectos, funcionamiento defensivo, Rasy, función sintética-integrativa, funcionamiento autónomo, barrera de estímulos, dominio y

			competencia, pensamiento.
Kernberg	Teoría de las relaciones de objeto	Teoría de las relaciones objetales. Narcisismo.	- 5 estadios del desarrollo progresivo de sus unidades básicas (representación de objeto, representación del self-vínculo afectivo). - 3 niveles de organización de la patología del carácter: superior, intermedio e inferior.
Kohut	El self y su patología.	El self y el narcisismo.	- Desarrollo del self: estadio del self fragmentado, del self cohesivo, diferencial self/objeto conciencia del self. - Patología del self.

Lamentablemente omitimos algunos autores que también son muy importantes en esta vasta producción psicoanalítica, pero resultaría imposible hacer una revisión exhaustiva de todos ellos, creemos que los autores que hemos tomado en cuenta nos ofrecen una perspectiva general de la génesis de los elementos psicodinámicos.

Como ya se mencionó en los siguientes incisos de este capítulo expondremos fragmento de las obras de los autores mencionados, la elección de estos fragmentos responde a que en su mayoría se nos marcan estadios, etapas, línea y estructuras en el desarrollo de la personalidad, lo que nos permiten evaluar si la maduración psicológica de un individuo va en un continuo de normalidad o en que momento de su desarrollo se produjeron ciertos

trastornos que determinaron su psicopatología actual. (Tareas primordiales en el trabajo de una psicodinamia).

No se pretendió hacer resúmenes de estas teorías pues estos suelen ser pobres e injustos con el trabajo de cada autor.

La exposición de estos fragmentos teóricos también nos permitirá explicarnos el origen teórico, de donde se desprenden algunos de los elementos que más adelante utilizaremos en una evaluación psicodinámica.

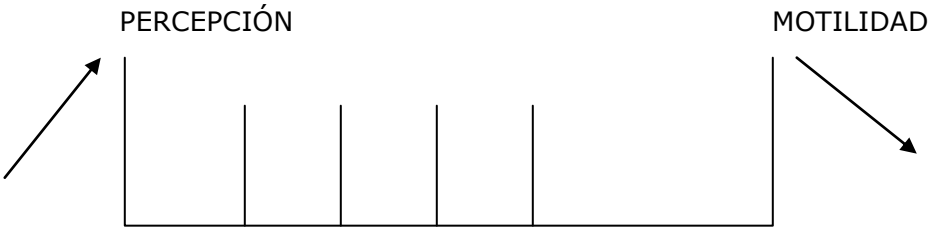
2.2.1 Freud y sus modelos mentales.

Gedo y Golaberg, (1980) en su libro "Los modelos de la mente" agrupa los trabajos de Freud por modelos.

Como padre del psicoanálisis fue el primero en aportar elementos psicodinámicos que intentan explicar el funcionamiento y la estructura de la mente. En el curso de su vida, desarrollo una serie de conceptualizaciones del funcionamiento psíquico y creo diversos "modelos de la mente", pasando de uno a otro cada vez que los esquemas previos no lograban explicar los nuevos datos observados en el análisis. Estos modelos de la mente son una forma especial de construcción teórica, un esquema explicativo de los datos clínicos.

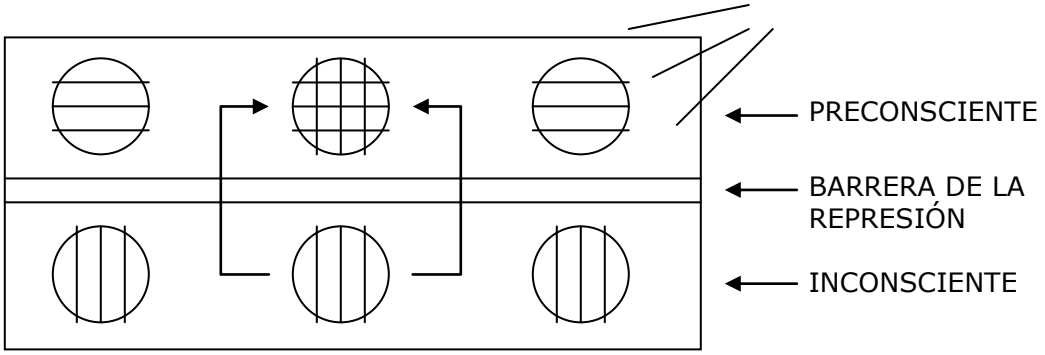
a) La primera concepción de estos fue el modelo de arco reflejo. En el "proyecto de psicología" (Freud, 1895), en el que afirma que la función primaria del aparato, psíquico es evitar la sobre estimulación y la forma más simple de hacerlo es mediante una descarga motriz inmediata por medio del sistema nervioso.

El diagrama que utilizo Freud para representar esta etapa de la organización mental fue:



El proceso psíquico se desarrolla en general pasando desde el extremo de percepción hasta el extremo de la motilidad. Las percepciones que llegan hasta nosotros dejan en nuestro aparato psíquico una huella o huella mnémica y una de sus funciones es formar lo que llamamos memoria.

b) El segundo fue el modelo topográfico en "la interpretación de los sueños" (Freud, 1900).



Se le llamo modelo tópico o topográfico (1900) pues fue destinado por Freud para ilustrar la noción de localidad psíquica.

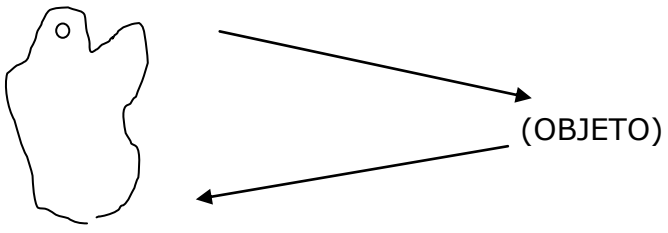
En este modelo se distinguen tres sistemas:

El sistema inconsciente (inc.) que esta constituido por representaciones de pulsiones que aspiran a derivar sus cargas (catexias de energía móvil que quieren salir). Este sistema funciona de un modo primitivo llamado "proceso primario" en el que se utiliza el proceso de desplazamiento condensación. Incluye símbolos arcaicos y prelogicos y se haya sometido al principio del pacer. La barrera de la represión es un proceso que se desarrolla entre la frontera de los sistemas inc. y prec. y consiste en sustraer de la idea la carga prec. y con esta carga sustraída elaborar la contra carga para impedir que se haga conciente.

El sistema preconciente (prec.) nace como consecuencia de la sobre carga de la imagen. Los contenidos del sistema inc. Nunca tienen acceso directo a la conciencia tienen que sufrir una modificación a través del prec. Ejem: "trabajo del sueño" (1900). Este sistema es dominado por "el proceso secundario" que es una organización realista lógica, donde hay orden, tiempo, relación causa-efecto, donde la imagen esta ligada a la verdad. Por lo que se rige por el principio de realidad.

Sistema conciente (cc.) en este modelo fue considerado como un órgano sensorial situado en el limite de lo interno y lo externo con capacidad para percibir procesos de una u otra procedencia se protege por medio de una contra catexia. Este sistema regula la afectividad y la motilidad, calificando de normal de estado psíquico de un individuo.

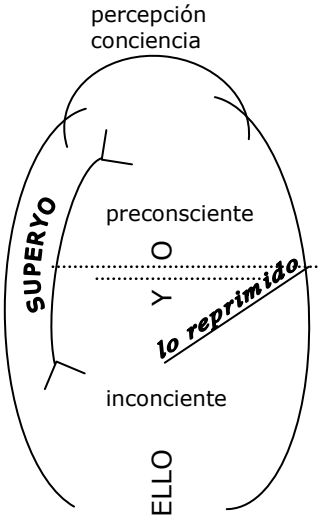
c) Un tercer modelo fue el de Nancisismo: ("introducción al narcisismo", 1914).



Una de las metáforas que utilizo para expresar este proceso, fue la de los seudópodos de una ameba que se extiende para expresar un objeto

y luego retraerse de él. Con esta metáfora ejemplifico la construcción de un nuevo modelo del funcionamiento mental en donde la libido es sustraída del mundo exterior y ha sido aportada al yo surgiendo así un estado llamado narcisismo. En el narcisismo hay un retiro de la libido del objeto, hacia el yo, esta investidura constituye una transformación de la pulsión misma, que de libido de objeto se convierte en libido narcisista.

d) El modelo estructural



Este modelo fue forjado en 1923 en "el yo y ello" llamado también "modelo tripartito". Este modelo representa el agrupamiento de las funciones mentales.

Como sintetizará Díaz (1989)

"*El apartado psíquico* es una división hipotética de la mente en varios sistemas o instancias, constituidas por grupos de funciones, que pueden conceptualizarse como conjuntos de contenidos mentales (recuerdos, pensamientos, fantasías). Las tres instancias que lo componen, *ello, yo y superyo,* se encuentran dotadas de energía propia, capaz de actuar de consuno, o de entrar en oposición, dando por resultado, en este último caso, al *conflicto psíquico,* cuya solución puede desembocar en la formación de síntomas o trasgos de carácter.

El *ello* es el depositario de la energía que pone en movimiento al aparato mental y contiene la expresión psíquica de las pulsiones, (recuerdos, fantasías y afectos) es totalmente inconsciente. Las *pulsiones* son procesos dinámicos originados en el propio organismo, consistentes en un impulso (carga energética), que hace tener al sujeto hacia un fin: suprimir el estado de tensión o excitación que se produce por su acumulación, a través de la búsqueda de descarga por mediación de un objeto del mundo externo, que permita la satisfacción de la necesidad emergente. La *pulsión* es un concepto ubicado en el límite de lo somático y lo psíquico, es incapaz de acceder directamente a la conciencia, encontrando su descarga a través de sus derivados o representante: pensamientos, deseos, fantasías, afectos, alteraciones corporales, movimientos, acciones y síntomas somáticos o psíquicos. (Existe pulsión sexual, o de vida y pulsión de muerte).

El *yo*, agencia más coherente u organizada que el *ello*, regula o se opone a las pulsiones, mediante diversos mecanismos defensivos y es el mediador entre aquéllas, radicadas en el *ello*, y las demandas del mundo externo para lo cual, debe cumplir las funciones de percibir las necesidades del individuo, las cualidades y actitudes del medio ambiente, evaluar e integrar estas percepciones para aliviar la tensión de las necesidades y deseos, a través de la desviación o disminución en la intensidad de las pulsiones, o de modificaciones realistas de la situación externa para lo cual es necesaria la integridad de otras de sus funciones, tales como: la percepción, memoria, inteligencia, anticipación, pensamiento, lenguaje, motricidad y tolerancia a la demora. El *yo* posee funciones conscientes: percepción, memoria, inteligencia, etc. E inconscientes, entre las cuales, las más relevantes en cuanto a la comprensión psicodinámica de los síntomas, se encuentran los mecanismos de defensa.

El *superyo* resulta de la internalización de las demandas de las normas morales de la sociedad en que vive el sujeto. Se desarrolla gracias a la identificación con los padres y con otras personas significativas en la infancia. Designa a las funciones psíquicas que en su expresión manifiesta constituyen las actitudes y conciencia moral y el sentimiento de culpa. El *superyo* propiamente dicho, abarca las funciones críticas o de oposición en contra de los deseos derivados de las pulsiones

provenientes del ello, esta lucha da por resultado una tensión que se manifiesta en forma de sentimientos de culpa o remordimientos de conciencia. Tiene además funciones de protección y recompensa, que se establecen en forma de ideales y valores (*ideal del yo*), modelo al que intenta ajustarse el sujeto y con el cual se compara, derivando de tal comparación un mayor o menor grado de autoestima, dependiendo de la distancia existente entre el ideal y el yo real, actual. Partes de superyo son conscientes mientras otras son inconscientes".

e) Otra inigualable aprobación de Freud para la comprensión del desarrollo de la personalidad es sin duda las etapas del desarrollo psicosexual en su obra "tres ensayos para una teoría sexual" (1905); Freud postulo que a medida que se desarrolla un recién nacido, el o ella atraviesan por varios estadios psicosexuales, cada una de estas etapas o fases obtiene su nombre a partir de la parte del cuerpo que proporciona más placer durante ese periodo.

A la etapa que comprende aproximadamente el primer año se le llamo etapa oral ya que en ella dominan obviamente los placeres sentidos con la boca tales como comer, chupar, etc. En el segundo año de su vida posnatal el niño comienza a afirmarse y a lograr control sobre las funciones del cuerpo, dando lugar a una segunda etapa: etapa anal en la que el ano y los estímulos asociados con la eliminación y la retención de

las heces se convierten en el centro de interés del niño. Después de un tiempo, cuando ya se ha fijado el control de esfínteres, disminuye el interés por estos y se vuelve centro de atención los órganos genitales que se vuelven en la fuente primaria de placer, aproximadamente a la edad de cuatro años. Etapa fálica, Freud enfatizó más sobre el sexo masculino, teorizó que durante esta etapa el niño empieza a experimentar deseos sexuales hacia su madre y quiere hacer a un lado de lo competencia a su padre, y llamo a esta situación complejo de Edipo. Freud también esquematizó un proceso paralelo en las niñas al que denomino complejo de Electra. Al periodo que sigue a la etapa fálica en el sistema de Freud lo llamo Latencia alrededor de los cinco o seis años, como consecuencia del complejo de castración el niño entra en una época de calma sexual, durante la cual él creía que el ello se aplaca, y el yo se refuerza y el superyo "heredero" del complejo de Edipo, actúa con mas severidad (en la actualidad no se cree que exista una latencia absoluta, pues ésta se ve interrumpida esporádicamente por excitaciones). Finalmente, la etapa genital durante la pubertad, que conduce a la madurez sexual y al funcionamiento sexual adulto. En este momento hombres y mujeres dan cuenta de sus diferentes identidades sexuales, y buscan satisfacer sus necesidades eróticas.

Erikson (1973) un sistema debe tener su utopía y para el psicoanálisis la utopía es la "genitalidad" después es difícil la óptima integración de las

etapas pregenitales, por lo que en todo desarrollo están presentes huellas de pregenitalidad.

Se han hecho intentos por algunos autores por subdividir las fases sexuales del esquema original de Freud, entre ellos tenemos: Abraham (1927) la subdividió en periodos de retención y de destrucción; Erikson (1973) propone para cada etapa los modos orgánicos: incorporativo (1-2), retentivo, eliminatorio e intrusivo.

Sterba (1966) subdivide las fases en:

Fase oral I el chupeteo del placer.
Fase oral II el placer de masticar y devorar.
Fase anal I la erogenidad de la zona anal.
Fase anal II la retención de las heces.
Fase genital masturbación infantil y complejo de Edipo.
El periodo de latencia y la pubertad.

2.2.2 El primer año de vida" de Spitz

Spitz (1982) en su libro "El primer año de vida del niño" ofrece un estudio o investigación dedicado a la génesis de las relaciones de objeto.

"Sin el contacto humano el niño no se puede hacerse persona"

I ETAPA PRE-OBJETAL (O SIN OBJETO) DE 0-3 MESES:

- Fase de no diferenciación: pues el recién nacido es incapaz de diferenciar un objeto de otro, no distingue al exterior.
  Organización primitiva, llanto indiferenciado.
- Existe una barrera contra estímulos (reacciona con desagrado cuando es interrumpida).
- Empieza a reaccionar con los estímulos conocidos.
- Al segundo mes reconoce la señal del alimento cuando tiene hambre.
- Al fin del segundo mes percibe visualmente la aproximación del ser humano (Atención centrada).
- Esta etapa coincide más o menos con el estadio de narcisismo primario:
  - Separación de las sensaciones internas y externas (indicios de memoria).
  - El consciente y lo inconsciente (inicio del pensamiento).
  - Principio de realidad.
  - Barrera de estímulos baja.
  - El yo corporal, el que mas desarrollas.

PRIMER ORGANIZADOR (Cuando hablamos de organizador nos referimos a la señal externa de un complejo desarrollo interno, es el resultado de la integración de cada etapa.

Desde la pasividad $\rightarrow$ Al comienzo de lo activo

La gestalt a la que responde el niño es la cara de un adulto, indiscriminadamente (puede ser incluso una mascara que tenga frente, ojos, nariz, boca).

II ETAPA DEL OBJETO PRECURSOR (3 A 8 MESES)

Entre el octavo mes se produce un cambio en la conducta del niño, el bebé ya no responde con una sonrisa ante el extraño.

EL SEGUNDO ORGANIZADOR "LA ANGUSTIA DEL OCTAVO MES"

Así se establece el objeto libidinal.

Otros cambios:

- En la esfera somática (corporal)
- En el aparato mental (memoria)
- En la organización psíquica (juegos)

III ETAPA DEL OBJETO PROPIAMENTE DICHO (8 A 15 MESES)

EL TERCER ORGANIZADOR EL "NO" ORIGEN Y PRINCIPIO DE LA COMUNICACIÓN HUMANA.

- El dominio del no (gesto o palabra) representa un gran progreso en el desarrollo mental y afectivo del niño.

- Pre supone la adquisición de las facultades de juicio y negación.

PERTURBACIONES de las relaciones objétales por mala relación madre-hijo.

1) REPULSA ACTIVA: Consiste en una repulsa global de la maternidad.
2) REPULSA PASIVA: La madre no acepta al hijo por el hijo mismo.
3) SOLICITUD ANSIOSA PRIMARIA: Sobre protección de la madre (incrementa los cólicos, hipertonicidad muscular).
4) HOSTILIDAD MATERNAL DISFRAZADA DE ANSIEDAD: (hay poco contacto) problemas de piel, no reconocen a extraños.
5) OSCILACIÓN ENTRE EL MIMO Y LA HOSTILIDAD. (Trastornos de la motilidad del niño, cabeceo balanceo).
6) CAMBIOS CÍCLICOS DE LA EMOCIÓN DE LA MADRE (Juegos fecales y copolofagia).
7) HOSTILIDAD MATERNA ALTAMENTE COMPENSADA (Niño hipertimico, retraso social).

MATERNAJE INSUFICIENTE

- PRIVACIÓN AFECTIVA PARCIAL (depresión analítica)
  (Estacionamiento del desarrollo, rigidez facial)
- CARENCIA TOTAL DE AFECTO (Hospitalismo orfandad)
  Retraso motor, expresión vacío, bajo C.I. no lenguaje, marasmo y muerte.

2.2.3 "El nacimiento psicológico del infante humano" Mahler.

Con este titulo Mahler (1997) aportó una importante obra que ha permitido desarrollar una teoría sistemática del desarrollo de las relaciones de objeto. Este estudio o investigación habla sobre la simbiosis humana y las subfases del proceso de separación individuación.

FASE SIMBIOSIS NORMAL (0-5 MESES).

(Si no se da esta etapa adecuadamente aparece el autismo patológico o el autismo secundario como regresión.

- Parte del predominio de los estados fisiológicos y el equilibrio homeostático.
- El infante se comporta y funciona como si él y su madre constituyeran un sistema omnipotente.
- Es importante el contacto cara a cara con la madre, existen problemas de piel por falta de contacto.
- La madre debe ayudar a diferenciar la experiencia placentera ("Buena") y otra penosa ("Mala") base del mecanismo de escisión.

PROCESO DE SEPARACIÓN INDIVIDUACION (DE 5 A 36 MESES)
("No se separa nada si antes no esta unido")

Este proceso comprende cuatro sub-fases.

SUB-FASE (5 A 10 MESES) "SALIR DEL CASCARON"

- El bebé reconoce a mamá
- Diferenciación y desarrollo de la imagen corporal
- Exploraciones táctiles y visuales
- Curiosidad frente a extraños

  "El yo y el no yo"

PATOLOGÍAS:

- No hay sensación dentro fuera
- Falla en los limites de su cuerpo (niño psicotico que se golpea)
- Trastornos de la imagen corporal, de alimentación y del sueño.

SUB-FASE (10 A 15 MESES) "EJERCITACIÓN, PRÁCTICA"

a) Cuadrúpeda: El infante se aleja de su madre gateando.
   - Se familiariza con el ambiente y empieza a separarse.
   - Toca base y recarga baterías mediante el contacto físico.
   - Ambivalencia: hace por separarse pero teme perder a su madre.

b) Bípeda: Es el periodo de ejercitación propiamente dicho. Caracterizada por la locomoción vertical y libre, su percepción es diferente, hay gran omnipotencia y es el periodo de mas grande narcisismo.

PATOLOGÍA:

- Miedo de regresar a la simbiosis.
- Problemas respiratorios demandantes asma
- Problemas de separación = aprensión
- Golpes y caídas (se retrae cuando nadie los auxilia)

SUB-FASE (15 A 22 MESES) "REACERCAMIENTO"

- Tiene el temor de saberse solo
- Todo el tiempo con su mamá ("como sombra")
- Miedo al rengolfamiento ("madres ensimosas")
- Perdida de la omnipotencia
- Campos de batalla sueño, comida, control de esfínteres
- Conciencia de sus cosas y juguetes favoritos
- No les gusta que los cambien, los vistan, los bañen
- Berrinches cuando no lo entienden. Demandante.
- Parte mágica que le hagan todo, (18-22 meses) la mera crisis del reacercamiento.
- Se deprime si se va la mamá (objeto no integrado)
- 21 meses distancia optima, internaliza las reglas ("No")
- Utiliza sus juegos para elaborar (terapia)

SUB-FASE (22 A 36 MESES) "CONSOLIDACIÓN DE LA INDIVIDUALIDAD Y LOS COMIENZOS DE LA CONSTANCIA OBJETAL"

- Constancia del objeto internalizado (partes buenas y malas).
- El objeto ya no se cambia por otro.
- Representación del SELF.
- Desarrollo de las funciones cognitivas (mas lenguaje).
- El yo crece rápido.

2.2.4 La línea evolutiva y los mecanismos de defensa en Anna Freud

Freud, A. (1975), plantea el prototipo de una línea de desarrollo: desde la dependencia hasta la seguridad emocional en sí mismo y las relaciones adultas objetales.

De manera resumida las etapas numeradas por Anna Freud a lo largo de esta línea de desarrollo son:

1. Unidad biológica de madre y bebé en un medio narcisista.
2. Relación por apuntalamiento, de satisfacción de necesidades.
3. Logro de la constancia de objeto, aun en caso de frustración.
4. Control ambivalente y sádico sobre el objeto.
5. Etapa fálico-edípica o de posesividad y rivalidad centrada en el objeto.
6. En el periodo de latencia, desplazamiento de la libido, de las figuras parentales a los grupos.

7. La fase de preludio, retorno preadolescente a relaciones objetales de tipo arcaico.
8. Lucha adolescente por desprenderse de las ligazones objétales infantiles.

El concepto de defensa es parte central del psicoanálisis. Freud (1894) empleó por primera vez esta denominación en el artículo "Neuropsicosis de defensa", para indicar los rechazos instintivos que realiza el yo. Luego lo sustituyó por la palabra represión, pero en 1926 en "inhibición, síntoma y angustia", volvió a emplear nuevamente la expresión "mecanismo de defensa".

En 1936 Anna Freud hizo una contribución clásica sobre el tema a través de la publicación de su libro titulado "El yo y los mecanismos de defensa", en el cual trato sobre la forma como operan en el desarrollo normal como patológico, su efecto en cierto tipo de padecimientos, su organización jerárquica así como su relación con las diferentes fases del desarrollo humano y su influencia misma en el proceso de maduración.

Anna Freud describió nueve mecanismos de defensa, los cuales son los siguientes: represión, regresión, aislamiento, proyección, vuelta contra uno mismo, formación reactiva, anulación o reparación (undoing) lo opuesto (cambio de un instinto por su contrario), introyección, y añadió un décimo que lo considero normal: la sublimación.

Anna Freud postula que cada mecanismo defensivo está asociado cronológicamente a un estado específico del desarrollo y así poder manejar la urgencia pulsional presentada en esa fase infantil. Ejemplo: la represión y la sublimación no pueden ser empleadas sino hasta relativamente más tarde en el desarrollo, la regresión o el tornarse en lo contrario son las defensas que se usan mas tempranamente. La introyección y la represión se utilizan una vez que exista una diferenciación del yo con el mundo externo.

2.2.5 Las ocho edades del hombre de Erikson.

En su libro "infancia y sociedad", Erikson (1973) las divide en:

1. Confianza básica	**vs.**	**Desconfianza básica**
(de 0 a 12 o 18 meses)		
• La cantidad de confianza no dependen de cantidades absolutas de alimento o demostraciones de amor, sino mas bien de la cualidad de la relación. • El bebé introyecta lo bueno, y proyecta las sensaciones negativas. • El primer logro social del niño es permitir que la madre se aleje de su lado sin experimentar indebida ansiedad o		• El fracaso de la madre o del hijo en esta relación hará caer al niño al otro extremo. • La ausencia de confianza básica se observa en la esquizofrenia infantil y en la personalidad adulta en los estados esquizoides y depresivos. • El mundo se ve con desconfianza, se experimenta peligro donde quiera que se esté, por lo que deberá protegerse constan-

rabia.
- Hasta desarrollar el sentido de que si puede confiar en el mundo.

temente del mundo.

2. Autonomía vs. Vergüenza y duda
(de 12 o 18 meses a 3 años)

La maduración muscular prepara el escenario para dos nuevas modalidades.
Aferrar: puede convertirse en un patrón de cuidado: tener y conservar.
Soltar: puede ser un patrón de un afable "dejar pasar" y "dejar vivir".
Se internalizan los limites, estos dan seguridad.
Un sentimiento de autocontrol sin la pérdida de la autoestimación da origen a un sentimiento perdurable de buena voluntad y orgullo.

La vergüenza se trata en esencia de rabia vuelta contra sí mismo.
Aferrar: puede significar retener o restringir en forma destructiva y cruel.
Soltar: puede convertirse en una liberación hostil de fuerzas destructivas.
Si los limites no se internalizan da lugar a sociopatías y psicopatías.
Un sentimiento de pérdida del autocontrol y de un sobrecontrol foráneo da origen a una propensión perdurable a la duda y a la vergüenza.

3. Iniciativa vs. Culpa
(3 a 6 años)

La sexualidad infantil y el tabú del incesto, el complejo de castración y el superyó, se unen aquí para provocar esa crisis

El peligro de esta etapa radica en un sentimiento de culpa con respecto a las metas planeadas y los actos iniciados en el propio

específicamente humana durante la cual el niño debe dejar atrás su apego exclusivo y pregenital a los padres e iniciar el lento proceso de convertirse en un progenitor un portador de la tradición. El niño desarrolla la iniciativa al intentar cosas nuevas y no se deja abatir por el fracaso.

poder locomotor y mental.
El máximo fracaso en este estadio, es salir de él sintiendo que a toda iniciativa y a todo impulso de acercamiento a los demás, lo que sigue es la culpa. Se siente culpable de algo que no es capaz de cometer.

4. Industria vs. Inferioridad
(de los 6 a la pubertad)

El niño aprende a ser un progenitor rudimentario (tardara en serlo biológicamente).
Debe comenzar por ser un trabajador y un proveedor potencial.
Aprende a obtener reconocimiento mediante la producción de cosas.
A través del juego y la exploración de sus habilidades desarrolla industria.

El peligro del niño en esta etapa radica en un sentimiento de inadecuación e inferioridad.
Se sentirá siempre incapaz de lograr sus propósitos o inadecuado ante ellos considerándose condenado a la mediocridad.

5. Identidad vs. Confusión de identidad
(adolescencia 12 a 18 años)

En la pubertad y la adolescencia toda las mismidades y continuidades en las que se confiaba se ponen en duda (debido al crecimiento corporal). El adolescente tiene que desarrollar un sentido

El peligro de esta etapa es la confusión de rol (la difusión de papeles) hay una marcada duda en cuanto a su propia identidad sexual.
Existen episodios delincuentes y

integral de su propia identidad, distinta de los demás, pero coherente y personalmente aceptable.

abiertamente psicóticos.
Esta difusión lo hace sentir que no sabe quién es él y ni lo que quiere en la vida.

6. Intimidad vs. Aislamiento
(18 a los 30 años)

Es la capacidad de entregarse a afiliaciones y asociaciones concretas y de desarrollar la fuerza ética para cumplir con tales compromisos, aun cuando éstos pueden exigir sacrificios significativos.
Son los empeños del adulto por establecer contacto de intimidad con otros (un compromiso sexual, emocional o moral con otras personas) o el aislamiento de las relaciones personales intimas.

La contraparte de la intimidad es el distanciamiento: la disposición a aislarse y de ser ello necesario, a destruir aquellas fuerzas y personas cuya esencia parece peligrosa para la propia, y cuyo "territorio" parece rebasar los límites de las propias relaciones íntimas.
Hay imposibilidad de empatizar con el otro sexo a pesar de su hambre de intimidad no sabrá cómo acercarse a los demás.

7. Generatividad vs. Estancamiento
(30 a 50 años)

Es la posibilidad de responsabilizarse para dar origen y para guiar a la siguiente generación. Incluye la posibilidad de engendrar, de ser padre y madre real.
Constituye una etapa esencia en el desarrollo psicosexual y también en el psicosocial.

Cuando tal enriquecimiento falta por completo, tiene lugar una regresión a una necesidad obsesiva de pseudointimidad, a menudo con un sentimiento general de estancamiento y empobrecimiento personal.
Los individuos, entonces comien-

	zan a tratarse a sí mismos como si fueran su propio y único hijo.
8. Integridad vs. Desesperación (50 en adelante)	
Esta etapa es el fruto de las siete anteriores donde la integridad del yo se da en el individuo que ha cuidado de cosas y personas se ha adaptado a los triunfos y las desilusiones inherentes al hecho de ser el generador de otros seres humanos o el generador de productos e ideas. En esta consolidación final, la muerte pierde carácter atormentador.	La falta o perdida de esa integración yoica acumulada, surge la desesperación, el sentimiento de que el tiempo es corto, demasiado corto, para intentar o iniciar otra vida. El malestar consigo mismo oculta la desesperación, generalmente bajo la forma de mil pequeñas sensaciones de malestar.

2.2.6 La posición esquizoparanoide y depresiva de M. Klein.

Klein (1964) aborda el estudio de las relaciones objetales distinguiendo dos periodos durante el primer año de vida, que corresponden a las dos ansiedades básicas:

a) La posición esquizoparanoide que se extiende desde el momento del nacimiento hasta el cuarto mes.

Desde el principio de la vida, los impulsos agresivos se dirigen contra el objeto. Los impulsos oral-sádicos propios de esta primera etapa se traducen en fantasías de ataque y destrucción dirigidas al pecho y cuerpo maternos: morder, devorar y robar lo que hay dentro de la madre, mientras que los impulsos sádicos-anales se corresponden con fantasías de entrar dentro de ella y dominarla desde dentro. Esto da lugar a temores de ser atacado, destruido, vaciado y controlado de la misma forma, constituyendo estos temores, posteriormente expresiones características de la paranoia y la esquizofrenia.

Las defensas contra esta ansiedad son la escisión, la proyección y la introyección para mantener lo más alejado posible a los objetos buenos de los malos y así tenerlos bajo control.

b) La posición depresiva: a partir del tercer o cuarto mes de vida, el temor de que el self sea atacado y destruido por un objeto persecutorio cede paso al temor de que el objeto bueno sea destruido por los ataques que, en la fantasía, se le han dirigido. Esta posición es el conjunto de ansiedades, sentimientos de culpa y mecanismos de defensa que se originan como consecuencia del dolor ante el daño y la pérdida del objeto amado, lo mismo que los deseos de reparación con que el yo intenta hacer frente a esta situación de dolor y de pérdida.

El reconocimiento de sus impulsos destructivos ante su objeto amado le causa culpa esta, a su vez la depresión y un sentimiento de desesperación. Esta experiencia repetida le lleva a utilizar defensas de dos tipos:

- La reparación: que implica la posibilidad de elaborar el duelo, el dolor por la pérdida, y conduce a una mayor integración del yo.
- Y la defensa maníaca: que surge cuando la culpa y la pérdida resultan intolerables, la relación con el objeto se caracteriza por el control, el triunfo y el desprecio.

2.2.7 Sobre la metapsicología. Rapaport (1960)

Freud usó primero el termino metapsicología para indicar que su psicología trata de lo que está más allá del alcance de la experiencia consciente. Más tarde, sin embargo, definió la metapsicología como el estudio de las suposiciones sobre las que se basa el sistema de la teoría psicoanalítica. Así la metapsicología propiamente dicha consiste por lo tanto en proposiciones que establecen un número mínimo (necesario y suficiente) de las suposiciones independientes sobre las que está basada la teoría psicoanalítica. Además incluye los puntos de vista que guían el análisis metapsicológico de las proposiciones psicoanalíticas, tanto observativas como teóricas. Por lo que un

sistema de metapsicología tiene que incluir los puntos de vista: dinámico, económico, estructural, genético y adaptativo.

a) El punto de vista dinámico:

El punto de vista dinámico exige que la explicación psicoanalítica de cualquier fenómeno psicológico incluya proposiciones concernientes a las fuerzas psicológicas implicadas en dicho fenómeno.

Las suposiciones que pertenecen a este punto de vista dinámico es:

- Hay fuerzas psicológicas
- Las fuerzas psicológicas están definidas por dirección y magnitud.
- El efecto de fuerzas psicológicas que actúan simultáneamente puede ser la resultante del trabajo de cada una de estas fuerzas.
- El efecto de fuerzas psicológicas que actúan simultáneamente puede no ser la resultante simple del trabajo de cada una de ellas.

b) El punto de vista económico:

El punto de vista económico requiere que la explicación psicoanalítica de cualquier fenómeno psicológico, incluya proposiciones concernientes a la energía psicológica empleada en el fenómeno.

Las suposiciones pertenecientes al punto de vista económico son:

- Existen energías psicológicas.

- Las energías psicológicas siguen una ley de conservación.
- Las energías psicológicas están sujetas a una ley de entropía.
- Las energías psicológicas están sujetas a transformaciones que aumentan o disminuyen sus tendencias entrópicas.

c) El punto de vista estructural:

El punto de vista estructural requiere que la explicación psicoanalítica de cualquier fenómeno psicológico, incluya proposiciones relativas a las estructuras que intervienen en el mismo.

Las suposiciones pertenecientes al punto de vista estructural son:

- Hay estructura psicológica.
- Las estructuras son configuraciones de cambios lentos.
- Las estructuras son configuraciones en las que tiene lugar los procesos mentales dentro de ellas, y también entre y por medio de ellas.
- Las estructuras están ordenadas según jerarquías.

d) El punto de vista genético:

El punto de vista genético requiere que la explicación psicoanalítica de cualquier fenómeno incluya proposiciones relativas a su origen psicológico y a su desarrollo.

Las suposiciones pertenecientes al punto de vista genético son:

- Todos los fenómenos psicológicos tienen origen y desarrollo psicológicos.
- Todos los fenómenos psicológicos se originan en propiedades innatas, las que siguen el proceso de maduración según un plan básico epigenético.
- Las formas primitivas de un fenómeno psicológico siguen siendo potencialmente activas aunque sean desplazadas por formas posteriores.
- En cada punto de la historia psicológica la totalidad de formas primitivas potencialmente activas codeterminan todos los fenómenos psicológicos subsecuentes.

e) El punto de vista adaptativo:

El punto de vista adaptativo requiere que la explicación psicoanalítica de cualquier fenómeno psicológico incluya proposiciones concernientes a sus relaciones en el medio ambiente.

Las suposiciones pertenecientes al punto de vista adaptativo son:

- Existen estados psicológicos de adaptabilidad y proceso de adaptación de cualquier momento de la vida.
- Los procesos de adaptación autoplásicos y/o los aloplásticos mantienen, reconstruyen y mejoran los estados de adaptabilidad existentes y así aseguran la supervivencia.

- El hombre se adapta a su sociedad, tanto al medio físico como al humano, que son productos de la misma.
- Las relaciones de adaptación son muturas: el hombre y su medio se adaptan el uno al otro.

2.2.8 Las funciones del yo de Bellak.

Niveles de funcionamiento

Para cada una de las funciones del yo, Bellak (1968, 1973) elaboró siete niveles. En términos generales éstos significan lo siguiente:

Nivel 7: funcionamiento extraordinario
Nivel 6: funcionamiento normal o promedio
Nivel 5: funcionamiento con disturbio mínimo
Nivel 4: funcionamiento con disturbio medio
Nivel 3: funcionamiento con mayor disturbio
Nivel 2: funcionamiento con disturbio severo
Nivel 1: funcionamiento con disturbio extremo

Los niveles para cada función son descritos a continuación:

Prueba de Realidad

1) La persona presenta alucinaciones e ilusiones, extrema desorientación en tiempo, lugar y persona; no existe conciencia de que sus percepciones son de alguna forma inexactas.

2) Las ilusiones y alucinaciones son severas pero limitadas a áreas más pequeñas. La persona muestra una duda considerable para distinguir si los eventos pasaron realmente o fueron sólo un sueño. Los impulsos determinan las percepciones, de tal forma que la conciencia de inexactitud está todavía ausente.

3) Los delirios se presentan más frecuentemente que las alucinaciones. Las distorsiones y fallas en la interpretación ocurren preferentemente bajo circunstancias inusuales, como bajo la influencia de drogas, alcohol y de fatiga. Comienza a haber emergencia de un sentido subjetivo de las fallas en las percepciones, aunque sólo después del hecho.

4) Mayor sentido subjetivo u objetividad acerca de los errores preceptúales de uno y del relativo fuera de contacto, o sea que puede haber errores en la interpretación de la realidad interna y externa, pero con recuperación propia. Además puede existir excesiva prueba de la realidad, como en la vigilancia perceptual o sensibilidades especiales predisponiendo la proyección.

5) La confusión de estados internos y externos ocurren sólo al despertar o en momentos de quedarse dormido. Relativamene menos inexactitudes preceptúales, menos dificultades en la orientación y percepciones selectivas notables, y con una recuperación rápida, debida a un buen sentido subjetivo de exactitud. Puede haber una prueba de realidad hiper-alerta pero menos excesiva.

6) Promedio. Incluye el uso ocasional de racionalizaciones y negociaciones en servicio de la adaptación bajo circunstancias stressantes o difíciles. Sin embargo la percepción exacta prevalece con la conciencia subjetiva de la persona de la exactitud recogida del uso apropiado de la validación consensual.

7) Óptima. Fuerte y flexible se presenta la prueba de realidad, aun en circunstancias estresantes. La persona está bien orientada, la percepción resiste al contagio social, tales como la sugestión y el efecto grupal. La distinción entre representaciones mentales de lo percibido o ideas, permanece aún bajo el efecto de drogas. La prueba de realidad interna y la conciencia psicológica son óptimas.

Juicio

1) La persona tiene mínima conciencia acerca de las consecuencias de sus actos. Cree ser invulnerable o supervulnerable hacia los peligros

anticipados. El comportamiento puede ser inapropiado en extremo e incorrecto.

2) La persona posee una historia de juicios inapropiados, con peligros moderados. La conciencia acerca de las consecuencias se encuentra un poco defectuosa y la persona toma riesgos innecesarios.

3) La anticipación de consecuencias del comportamiento, es defectuosa, pero no tan severa como para causar serios peligros a la vida, sino que implican problemas de salud, trabajo o relaciones personales. Mal interpreta las intenciones de otras personas y tiene respuestas inapropiadas socialmente, con errores constantes.

4) El estar consciente de las consecuencias, fluctúa de una situación a otra. Las manifestaciones del comportamiento con pobre juicio, se presentan sólo en ocasiones. Puede haber una intrusión constante en la privacia de otra gente, pensando que esto es sólo amistoso.

5) Errores ocasionales en apreciar sus propios comportamientos y de otros. Refleja sólo algunos errores en el juicio. El juicio social es correcto y sólo es inapropiado en algunas áreas específicas.

6) Promedio. No hay defectos gruesos en el funcionamiento ordinario, con fluctuaciones en todas las esferas, creatividad fluctuante en la adaptación y alguna variabilidad en la efectividad del rol que se juega.

7) Optima. En todas las esferas un juicio muy bueno, social y físicamente, en lo que se refiere a la obtención propia y la habilidad de ser creativamente adaptativo.

Sentido de realidad

1) Sentimiento oceánico o sentirse nada, muerto, inanimado, sin self, sin continuidad del pasado al presente, momento a momento. La identidad altamente distorsionada, por ej.: sentirse un animal salvaje, fantasma, etc. La persona puede sentir cambios grandes en el tamaño del cuerpo, sentirse alto o liliputiano, o percibir el mundo mucha más pequeño, como en la micropsia. Puede albergar sentimientos de valor propio altamene engreídos, o depresivos. Prominente puede ser el fenómeno de fusión o sumergencia, u otros estados indicativos de pérdida de los límites entre el self y el mundo externo.

2) Estados como los del sueño, trances, fugas, disociaciones mayores, ilusiones de identidad. Las proyecciones de la desordenación y desintegración interna de los límites del yo, pueden producir el sentimiento de que el mundo está en un caos. La emergencia de estados del yo pobremente reprimidos, sentimientos irreales de no ser valioso, se presentan. La fusión y el fenómeno de división, pero menos extremoso.

3) Severa despersonalización, pero la desrealización no tan extrema. La persona experiencia las partes del cuerpo como entidades separadas o distorsionadas, por ej.: la lengua muy grande, la cabeza muy chica. Se

presenta la autoestima muy pobre, requiriendo de retroalimentación continua y existen pocas señales de una identidad estable.

4) Se observa algo de autoestima y un sentido de identidad cuasi-estable pero solamente con retroalimentaciones del mundo externo continuas; cuando las señales e indicadores externos están ausentes, la identidad puede alterarse. Puede haber despersonalización pero parcial y ocasional ante sentimientos de estar en la niebla o en el mar y algunos sentimientos irreales del cuerpo, por ej.: estar muy gordo o flaco.

5) La identidad estable y la autoestima se presentan, siendo dependientes de la retroalimentación ambiental pero no totalmente. Hay señales de un sentido del self independiente, con un moderado sentido de la realidad interna, existe continuidad y representaciones internalizadas del self. Las situaciones adveras y el stress, pueden interferir con estas representaciones así como también con la individualización.

6) La identidad estable se presenta, están bien internalizados el sentido del self y la autoestima, requiriendo solamente de la retroalimentación ocasional bajo situaciones inusuales de stress.

7) La identidad, el sentido del self y la autoestima están bien establecidos y sólidos, que permanecen intactos aun en circunstancias de stress inusual. La retroalimentación no es requerida y el sentido del self puede elevarse a un en condiciones stressantes o de peligro.

Regulación y control de impulsos y afectos

1) La agresión y/o depresión y/o manifestaciones sexuales, están en su extremo más patológico. Se presenta la pérdida de patrones de hábito, como el control de esfínteres, en ausencia de enfermedad orgánica; total desprecio por los tabús sociales. La persona muestra tendencias homicidas y fuerte destructividad hacia personas y objetos. Se presenta la ira e intentos suicidas.

2) La agresión, depresión y manifestaciones sexuales se presentan, pero menos extremosas. Personalidad impulsiva, comportamiento altamente inapropiado. La persona es muy irritable, pierde el control ante la más mínima provocación y con una habilidad limitada para tolerar niveles ordinarios de stress. Se presenta la conducta antisocial, violenta y agresiva, pero sin llegar al homicidio. Presiones sádicas del superyo dirigidas contra el self, provocan daños a éste, cercanos al suicidio.

3) Los impulsos son controlados levemente o excesivamente. El afecto y el humor es voluble. La persona tiene baja tolerancia a la frustración y abandona fácilmente las tareas. Puede existir una personalidad psicopática. En el caso del sobrecontrol, las preocupaciones sexuales y agresivas encuentran su salida en otras áreas, más que en el comportamiento

manifiesto. Y en el caso del sobrecontrol, se observan conductas tales como, voyeurismo, promiscuidad y adicción a la pornografía.

4) El impulso que domina el comportamiento, muestra algunos signos de adaptación. El comportamiento agresivo es más verbal que físico. Se presenta el acting-out de deseos inconscientes y la presencia de fantasías. El control aparece razonablemente bueno, pero no es constante; y también puede existir el sobrecontrol, siendo la persona muy rígida.

5) Se presenta la irritabilidad o impulsividad pero sólo en respuesta a conflictos específicos. En ocasiones hay sobrerrespuesta o respuestas insuficientes a efectos de eventos excitantes del medio ambiente. La persona es más irritable o trastornable que la persona promedio. El control no es totalmente automático, pero sí lo es, en áreas libres de conflicto.

6) Promedio. Cuando el comportamiento o los intereses están orientados agresivamente o sexualmente, se observa la sublimación y la neutralización. El comportamiento agresivo o sexual es sólo visto bajo provocaciones extremas o prolongadas situaciones de stress. Existe un control flexible que es apropiado a la situación. Dicho control es automático.

7) El comportamiento agresivo o sus derivados son sólo vistos, cuando no existe otra alternativa, como por ej.: para la supervivencia o regulación de la autoestima, junto con una línea efectiva y adaptativa. Las acciones efectivas predominan en relación al dominio de las tareas y metas fijadas.

La depresión está limitada a situaciones de tristeza o de duelo en respuesta a las pérdidas de objeto. El control aparece rápido, calmado y automático. La flexibilidad a la demora y los mecanismos de control, le permiten al sujeto responder de acuerdo a sus propios gustos, más que a la presión que se encuentra detrás del control. Existe un mínimo de subjetivismo y dificultades automáticas, con una regulación y control de los impulsos, por lo que permiten a la persona funcionar en forma adecuada, en el trabajo, sexo, juego y relaciones objetales en general.

Relaciones objetales

1) Se observa una falta esencial de cualquier relación de objeto. Retiro, como en el estupor o mudez, la persona vive como ermitaño, y las relaciones son presimbióticas, en su mayoría autistas. Se presenta el narcisismo en extremo.

2) Se observa la separación esquizoide, más que una separación total, o relaciones altamente simbióticas o narcisistas. En general, cualquier falta de enlace o enlace exagerado de naturaleza infantil. Las relaciones están caracterizadas por rasgos pregenitales o preedípicos, tales como son la envidia oral, elementos destructivos, una intensa ambivalencia sin resolver y sadismo anal. La persona no soporta la ansiedad de separación.

3) Las relaciones están caracterizadas por la separación o por una sobredependencia. Se observa una extrema dificultad para lograr un balance confortable entre la distancia y cercanía. La persona prefiere

relaciones muy intensas o frías; puede permanecer distante por miedo al rompimiento de una relación cercana. La persona se siente fácilmente herida o rechazada y las representaciones de las personas significativas, aún no están bien internalizadas.

4) Las relaciones más significativas están caracterizadas por una interacción de tipo neurótico; pueden ser de retiro, narcisistas o simbióticas, pero no tan regresivas como en los niveles anteriores. Las relaciones son frágiles o de excesiva dependencia. La transferencia de las fijaciones tempranas, implican fuertes elementos edípicos, que se encuentran en las relaciones cotidianas. La soledad no se tolera adecuadamente.

5) Dificultad en la interacción, pero sólo con algunas personas y en forma esporádica más que crónica. El comportamiento con personas significativas muestra un grado de flexibilidad, pero bajo el stress se vuelve compulsivo y menos libre. La transferencia y la repetición de patrones tempranos es excepcional, pero puede persistir bajo condiciones específicas. La internalización del objeto es evidente. La persona puede tener alguna dificultad para vivir sola, pero encuentra modos compensatorio para su soledad.

6) Existe flexibilidad para escoger el objeto y el modo en casi todas las relaciones, con una distancia óptima consciente y automática. La persona tiende a una madurez de relación objetal, con metas que son satisfactorias para ambos. La persona es responsable, un grado razonable de empatía. La

constancia objetal está bien desarrollada, así como las personas importantes son internalizadas.

7) Las relaciones están caracterizadas por mutualidad, reciprocidad y profundidad. Se mantiene la estabilidad, aun bajo situaciones de stress. No hay una evidencia substancial de fijaciones o distorsiones de las relaciones tempranas. La constancia de objeto es excelente y se mantiene. Existe un grado alto de independencia.

Proceso del pensamiento

1) *a.* Falla extrema en el proceso de control. La atención dispersa por irrelevancias. Mínima capacidad para responder y concentrarse. Severa distorsión de la memoria mediata e inmediata. Total pérdida de la capacidad de abstracción, presentándose sólo el modo concreto y absurdo. La persona posee una mínima habilidad para expresarse verbalmente, debido al mutismo, producción de ensalada de palabras, neologismos asociaciones de sonido. *B.* Falla extrema en la orientación y organización de la realidad. El pensamiento es predominantemente bizarro e ilusorio, con asociaciones sueltas y fluidas, lógica autista, fragmentación, simbolización, condensación y contradicciones.

2) *a.* Falla significativa en el proceso de control. La persona intenta enfocar y sostener la atención y concentración, pero no puede mantener la dirección del pensamiento, debido a las asociaciones intrusivas. Existe un deterioro

en la memoria, demasiado concreto; no hay habilidad para ver una relación entre eventos diferentes y un bloqueo frecuente de la expresión verbal. *B.* Falla en la orientación de la realidad. Se presenta un sistema de ilusiones bien organizado, que involucra áreas significantes del pensamiento simbólico. Se observan algunas ideas autistas y peculiares. El pensamiento se ve extremadamente fragmentado e ilógico.

3) *a.* Fallas episódicas del proceso de control. Estas fallas son frecuentes, pero circunscritas a alteraciones en la comunicación debido a la atención desviada y a la dificultad para mentener la dirección del pensamiento. Alteración considerable en la memoria, utiliza modos concretos del pensamiento, pero cierta habilidad para percibir las relaciones entre eventos. Incapacidad para considerar más de una posibilidad. Rigidez del pensamiento. *B.* Falla limitada en la orientación y organización de la realidad. Los pensamientos son organizaos pero difíciles de seguir. Otras áreas de funcionamiento están libres de alteraciones, la lógica es cuestionable y se presentan algunas ideas peculiares o raras. Intolerancia a la ambigüedad.

4) *a.* Falla en el proceso de control bajo el stress. Se presenta cierta distracción, interferencia de pensamientos intrusivos, particularmente notada cuando se discute sobre el material stressante. Falta de especificidad en la memoria, en relación a los eventos remotos y ocasional falla en la memoria. La persona tiene cierta habilidad para la flexibilidad del pensamiento, pero bajo stress recurre a modos concretos. La comunicación

es rígida y meticulosa, duda severa y cierto bloqueo. Uso de fases automáticas. *B.* Falla en la orientación y organización de la realidad bajo stress. El pensamiento es ocasionalmente desordenado e ilógico bajo situaciones de stress. Se presentan algunas ideas peculiares e imprecisas. La rigidez interfiere con intercambios libres y exploración.

5) *a.* Fallas menores en el proceso de control bajo stress. Cierta distractibilidad bajo el stress, pero la persona es capaz de recobrarse y responder apropiadamente. Inhabilidad ocasional para mantener la dirección del pensamiento, debido a presiones de asociaciones intrusivas. Alguna evidencia de vaguedad en la memoria remota. Tendencia a concretizar o sobregeneralizar, pero lo puede corregir cuando se le pide expandir o limitar conceptos. *B.* Falla menor en la organización y orientación de realidad, bajo stress. Posible distorsión de la realidad organizada. Pensamiento peculiar ocasionalmente al igual que las expresiones. Rigidez o inhabilidad para entender hechos que no sean objetivos.

6) *a.* Funcionamiento satisfactorio del proceso de control. Habilidad para mantener y comprender una conversación; si el proceso de pensamiento es interrumpido, muestra reconocimiento de las irrelevancias y es capaz de continuar. No hay evidencia de deterioro de la memoria. La conceptualización raramente se ve alterada, aun bajo stress. La comunicación es clara, precisa y flexible. *B.* Satisfactoria orientación y organización de la realidad. El pensamiento es la mayor parte lógico y

ordenado; con alteraciones menores bajo stress. Alguna evidencia de flexibilidad como es vista en la espontaneidad para considerar y explorar nuevas ideas.

7) *a.* Funcionamiento óptimo del proceso de control. Atención aguda y excelente capacidad para concentrarse. No hay distorsión en cuanto a las presiones de asociaciones internas. Las asociaciones intencionales están integradas a la comunicación. Memoria aguda y exacta. Uso flexible y apropiado de marcos de referencia funcionales, abstractos, concretos y simbólicos. Claridad, coherencia y flexibilidad de expresiones inusuales, sin riesgo de alterar en el fluido verbal. *B.* Optima orientación y organización de la realidad. Pensamiento organizado y lógico. Coherencia, con un nivel de funcionamiento intelectual superior al término medio. No hay peculiaridades en la expresión. La flexibilidad se expresa en la habilidad para considerar pensamientos contradictorios y desviar los niveles de un discurso.

Regresión adaptativa al servicio del yo

1) No hay expresión controlada de manifestaciones del proceso primario del pensamiento; o excesivo control, por lo que no se presentan estas manifestaciones del proceso primario. La regresión es total, patológica no adaptativa y primaria.

2) Existe una expresión cualitativamente débil, en cuanto a su control del contenido del proceso primario del pensamiento o de las características formales, pero no de ambas. No hay una salida creativa y la regresión es transitoria y menos primitiva. O puede existir en este nivel una rigidez extrema, dando como resultado la ausencia de regresión.

3) La expresión del control es cualitativamente débil, del contenido y características formales del proceso primario de pensamiento. La regresión es transitoria a la adaptación, pero con dificultad para la emergencia suave del estado regresivo. Existe una inhabilidad para perder los tipos de control constreñidos. Y la regresión es egodistónica, produciendo ansiedad, síntomas y disturbios en la adaptación.

4) Existe la expresión del contenido del proceso primario o de las características formales del proceso primario del pensamiento, pero no de ambas. No hay producción creativa. La regresión es un poco más egodistónica, pero no canaliza en forma productiva. Y la emergencia de la regresión es más suave.

5) La expresión está cargada, tanto de contenido controlado, como de las características formales del proceso primario del pensamiento. No hay producción creativa, el gozo de las regresiones es mayor, y éstas son empleadas más adaptativamente. La emergencia se presenta, pero con poca estabilidad.

6) La expresión está cargada tanto de contenido controlado, como de las características formales del proceso primario del pensamiento. La producción creativa se presenta cualitativamente débil. Hay buena estabilidad de la emergencia y capacidad para mantenerse. Pero el uso del contenido regresivo en la creación adaptativa no es muy alto.

7) Expresión cargada tanto de contenido, como de las características del proceso primario del pensamiento. Se presentan producciones creativas cualitativamente llenas e imaginativas. Las regresiones están controladas, con oscilación flexible y automática, entre el uso de los modos de funcionamiento más primitivo y la canalización concomitante de dichas regresiones, para permitir el uso óptimo de todas las funciones del yo. Las regresiones controladas son esenciales para el gozo de una participación activa con el arte, humor, juego y gratificación.

Funcionamiento defensivo

1) Los mecanismos de defensa son patológicos en extremo, con un fracaso masivo, por lo que hay surgimiento de los contenidos inconscientes y del ello. La ansiedad y el pánico se presentan extremosos.

2) El fracaso de las defensas es menos masivo que en el nivel anterior. La ansiedad es aguda flotante y desatada. Existe sobregeneralización de defensas, tales como: bloqueo, aislamiento, represión masiva, proyección, y negación. Se presenta la división primitiva y el uso defensivo de

introyectos arcaicos. Se puede dar en la persona, formas patológicas de identificación con el agresor.

3) La ansiedad se presenta libre flotante, pudiéndose presentar fobias tales como: agorafobia, claustrofobia, etc. El pensamiento está interrumpido por material relacionado al impulso. El afecto puede predominar sobre el pensamiento reflexivo. Existe un sistema obsesivo, proyecciones e ilusiones. O puede haber extremosa vigilancia conceptual, evitación severa, inhibición y restricciones del yo, dándose así defensas sobreideacionales como son la intelectualización y el aislamiento.

4) Las defensas tienen un status de formación de síntomas, donde el comportamiento defensivo predomina La ansiedad es encontrada en los síntomas, más que libre, flotante. Existe evidencia de: racionalización, formación reactiva, proyecciones y ocasionales parafrases. Se puede presentar el acting-out.

5) Existe alguna habilidad para usar las operaciones defensivas con propósitos defensivos, pero no bajo situaciones conflictivas. La ansiedad se presenta en un grado moderado.

6) Los mecanismos defensivos son usados sólo bajo el stress extremo o al servicio de la adaptación. La ansiedad se presenta sólo en situaciones apropiadas y ésta es tolerada. Existe buena elasticidad y recuperación.

7) Están presentes sólo los elementos defensivos adaptativos. Al tener acceso a contenidos inconscientes y derivativos del ello, no se produce ansiedad ni

alteraciones. Se evita el dolor o material disfórico, por medio de consideraciones, reconocimiento, juicio, y tomando acciones apropiadas.

Barrera de estímulos

1) a) Baja Barrera de Estímulos (BBE). La persona posee umbrales extremadamente bajos; la experiencia del estímulo es hiperaguda. La persona es inundada por la estimulación sensorial; los modos de enfrentamiento son hiperkinéticos. Disturbios en el sueño, excesiva respuesta a drogas e intoxicantes, sensitivos al pródromo y se recobran lentamente. b) BBE: umbral extremadamente bajo, donde la persona hace intentos de mantener el nivel de estimulación bajo, por medio de masivas maniobras defensivas, tales como el retiro prototípico catatónico, evitación, represión masiva y negación; esto sirve para evitar una incipiente descarga motora caótica. La Rs* motora es de este modo, en lugar de más parecido a un estupor catatónico. c) Alta Barrera de Estímulos (ABE). Puede aparecer similitud de comportamiento con la BBE prototípica catatónica (lb): Extremoso umbral alto; poco o nada de conocimiento y experiencia del estímulo, los cuales son más intensos que el promedio, o al estímulo subliminal. Inusualmente niveles altos de estimulación son tolerados con la ayuda de defensas; los modos de enfrentarse son defectuosos por ser bajo responsivo o muy rígido o super constreñido. Dolores de cabeza raros o no existen. No se puede predecir enfermedad y puede ser que necesite que se le informe cuando la fiebre alcanza 105°C. Puede dormir con luz después

de haber tenido una sobreestimulación, ya que ninguno le molesta. Los efectos son de empobrecimiento del yo, deteniendo el crecimiento de las estructuras del yo.

2) a) y b) BBE: igual al nivel 1, pero no tan extremosos. c) ABE: defensas caracterológicas rígidas contra el conocimiento de niveles de estimulación extraordinarios, ordinarios y aun potencialmente mínimos, ej.: pasar por mutilación criminal sin aparentemente oír, ver o parpadear. Los umbrales sensoriales altos conducen a defensas controladas rígidas, constricción rígida de patrones motores de descarga, pobre discriminación y empobrecimiento de juicios estéticos. Poca capacidad para disfrutar la música, puede ser "sordera de tono".

3) a) BBE: umbral bajo, pero no tan bajo como el 1 y 2. Menos descargue motor caótico y más parecido a una irritabilidad general. Tipos de reacción: "hormigas en los pantalones saltando fuera de la piel". Las mujeres pueden experimentar un nivel alto de tensión premenstrual. Sensitivo a cambios moderados de temperatura, etc., pero responde con menos extrema desorganización que en 1 y 2, p. ej.: poniéndose y quitando el swater. Esfuerzos defensivos en mantener la estimulación. Despierta o se queda dormido muchas veces durante la noche. b) BBE; a lo largo de la dimensión prototípica catatónica, la persona, a pesar de un relativo bajo umbral puede estar conductualmente habituada a la entrada sensorial alta durante la niñez. Necesitando exceso de estimulación como en algunas metas hacia experiencias estéticas, como en drogadictos o buscadores frenéticos de

experiencias psicodélicas. c) ABE: relativamente olvidadizo para niveles altos de estimulación o entrada sensorial y alto umbral al dolor, p. ej.: un buen trabajador de exteriores. Poco o ningún conocimiento de estimulación subliminal.

4) a) BBE: moderadamente bien defendido contra la estimulación excesiva, a pesar de tenr un umbral bajo. Con entrada sensorial alta la expresión motora es constriñida, se hacen muecas y se soporta a pesar de la irritabilidad interna. Esta lleva a fatiga con pobre recuperación y elasticidad de adaptación. El comportamiento adaptativo es menos dañado por estímulo periférico o subliminales que en 1, 2 y 3. b) BBE: algunas veces un nivel alto de entrada sensorial es buscado, pero no tan frenético como en 3b. Esto puede ser por propósitos defensivos o por un hambre de estímulos básica, p. ej.: silencios prolongados, lugares quietos, hacen que los pacientes se tornen inquietos o con "comezón". c) ABE: umbrales algunas veces muy altos. El paciente es relativamente olvidadizo a niveles altos de entrada sensorial y también muy constriñido y responde por debajo de lo normal al estímulo ambiental, dentro del promedio de intensidad. En ocasiones también puede aparecer letárgico, respondiendo calmadamente a altas entradas, aunque no con distinción. No muy consciente del estímulo subliminal.

5) a) BBE: en este punto las distinciones entre a y b pueden desaparecer debido a algún balance entre los patrones de control de descarga, en lugar de que uno u otro sea el que predomine. Relativamente bajos umbrales,

pero el paciente puede soportarlo, pero con ayuda de controles del yo relativamente maduros, más que con las defensas. Como en el 4, esto puede llevar a algo de fatiga pero la resistencia y recuperación pueden ser más o menos buenas. Los patrones de descarga motora son más o menos parejos, siempre y cuando la persona tenga la oportunidad de integrarse, después de cada asalto sobre su sensibilidad. b) ABE: a diferencia de los pasos anteriores es predominantemente cuantitativo; la persona es predominantemente olvidadiza a altos niveles de entrada sensorial y de alguna forma constriñido y poca responsividad a estímulos que están dentro del promedio de intensidad. Puede comportarse como un notorio ciudadano sólido, p. ej.: un rotario que parece manejar los ademanes confortablemente y con dignidad, como cuando está atendiendo una convención de fanfarrones.

6) Aquí la distinción entre BBE y ABE como tipos distintivos tiende a desaparecer. En lugar de esto existen razonables fluctuaciones flexibles y automáticas en el umbral, que va de BBE a ABE, es difícil de determinar si los umbrales son congénitamente altos o bajos, pero existe un buen mecanismo de "screening" para permitir una adecuada entrada o screening-out de sobrecarga. El conocimiento y la experiencia del estímulo varía con la situación; las defensas y controles son flexibles, los modos de enfrentamiento (incluyendo los patrones de descarga motora) son razonablemente flexibles, pero no tan refinados como sería lo óptimo, p. ej.: raramente enfermo, receptivo a ruidos quedos, tranquilo por los ruidos

fuertes, duerme bien sin recurrir a retraimiento defensivo. La sensibilidad al estímulo subliminal varía adaptativamente con la situación.

7) Una extensión del nivel 6 al grado óptimo. Fluctuaciones exquisitamente flexibles y automáticas en el umbral de BBE y ABE en todos grados; defensas y controles empleados solamente al servicio de la adaptación óptima, no tanto por los propósitos de resolver conflictos intrapsíquicos. Inusualmente sensitivo y receptivo en las fases de experienciación (BBE); flexibles y no defensivos modos de enfrentamiento, debido a un óptimo "screen-out" (parecido a ABE) en la ejecución de tareas al servicio de la adaptación. Otras funciones del yo no están alteradas por entradas altas o periodos de privación sensorial, como los astronautas o líderes del estado.

Funcionamiento autónomo

1) Severa interferencia en las funciones de uno o más de los aparatos de autonomía primaria, p. ej.: ceguera funcional, mutismo, posturas catatónicas, delirios, alucinaciones; las cuales interfieren seriamente la percepción y el pensamiento, en muchas situaciones. Los patrones de hábito y/o habilidades aprendidas están masivamente dañadas. El funcionamiento autónomo primario y secundario, de la persona, muestra mínima resistencia a la desneutralización, y así, mínima autonomía de los impulsos instintuales o del medio.

2) La interferencia con las funciones de autonomía primaria es significativa. Se presentan delirios, alucinaciones y disturbios, pero no tan severos; distubios visuales selectivos e interferencia con la intencionalidad. Las habilidades y hábitos están alterados, pero no severamente. La resistencia a la desneutralización es baja, así el comportamiento mantenido es fácilmente perturbado, cuando el impulso relacionado al estímulo entra, pudiendo interferir cuando alcanza tópicos sexuales o agresivos.

3) La interferencia con las funciones de autonomía primaria es moderadamente alta. La persona tiene experiencias ilusorias y fenómenos alucinatorios flotantes, pero no persistentes u organizados. Disturbio visual en un grado moderado. Las habilidades, hábitos y comportamiento automáticos, están interferidos en un nivel alto, pero moderado, por lo que se tiene que hacer mucho esfuerzo, al realizar un trabajo. La resistencia a la desneutralización es baja en ocasiones.

4) Disturbio en el funcionamiento de autonomía primaria en un grado moderado. La visión, conducta motor, lenguaje intenciones, etc., pueden estar interferidos, pero no frecuentemente. Los patrones de hábito, habilidades y comportamientos automáticos están alterados en un grado moderado, de tal forma que en ocasiones se tiene que invertir mucho esfuerzo para realizarlas. Se presenta en muchas situaciones, resistencia media a la desneutralización.

5) El disturbio en el funcionamiento de la autonomía primaria es mínimo, pero notable. Se requiere algún esfuerzo extra para la realización de trabajos previamente aprendidos. Moderada resistencia a la desneutralización, en lo que se refiere a hábitos y destrezas autónomas secundarias.

6) La estructura de la autonomía primaria es interferida raramente o sólo en un grado mínimo. Los patrones de hábito y destreza, son utilizados con relativa facilidad y con interferencia relativamente menor, la mayor parte del tiempo. Se presenta alta resistencia moderada a la sexualización y agresividad de aspectos de destreza y hábitos, cuando éstos tienden a interferir con los requerimientos del comportamiento.

7) Estructura de autonomía primaria óptima. Se utiliza el funcionamiento autónomo primario y secundario con facilidad y éxito adaptativo. Alta resistencia a la sexualización y agresivización de patrones de hábito, percepción, pensamiento, etc.

Funcionamiento sintético integrativo

Nivel 1. a) La integración de afectos, pensamiento, comportamiento e imagen del self es muy baja. Esto puede ser reflejado en la discrepancia entre afecto y comportamiento o con pensamientos expresados (tales como reírse cuando se le están dando malas noticias). O un comportamiento

serio puede mostrar labilidad extrema, incongruencia, inconsistencia, etc. b) La persona no tiene virtualmente ningún sentimiento de continuidad entre los eventos de su vida. Esto puede ser expresado en mayores síntomas disociativos, tales como personalidad múltiple, amnesia y/o estados de fuga. La habilidad para llevar a cabo las actividades planeadas en mínima. c) La conexión activa de diferentes aspectos de la experiencia al servicio de la adaptación es NULA. Por ejemplo: la persona no utiliza adecuadamente las experiencias pasadas relevantes hacia las soluciones de los problemas diarios. d) La habilidad para mantenerse organizado y estable en condiciones cambiantes y stressantes externas, son nulas.

Nivel 2. a) Algún grado de síntesis e integración en las experiencias y representaciones del self, sin embargo áreas mayores de la experiencia muestran serias contradicciones y fragmentaciones. Así, el comportamiento de la persona frecuentemente es tan diferente con las de sí mismo, p. ej.: la persona proclama que odia la violencia pero generalmente manifiesta comportamiento violento. b) La pobre continuidad es reflejada en desorganización en la vida diaria en relación a los compromisos de tiempo; la planeación y resolución de actividades provechosas es baja. Síntomas de disociación pueden ser encontrados pero no tan severamente como la personalidad múltiple (sentimientos de despersonalización, quejas de la no realidad del medio ambiente externo). c) Pequeño grado de inversión de esfuerzo

en relacionar diferentes aspectos de la experiencia, tal es que la persona raramente utiliza experiencias pasadas de la experiencia en la solución de problemas corrientes. d) Condiciones externas cambiantes y ante un mínimo de stress ambiental afecta adversamente el grado limitado de organización y estabilidad casi todo el tiempo.

Nivel 3. a) Indicaciones significativas de aspectos no integrados del funcionamiento del yo. No hay metas consistentes, muy divergentes nociones de una profesión, serias enfermedades psicosomáticas pueden estar presentes (colitis ulceral). Disociación mayor no es encontrada a este nivel, pero conflictos de identificación pueden ser significativos. b) Una vida diaria no organizada adecuadamente pero actividades simples pueden llevarse a cabo, pero no confiablemente. Dificultad en encontrar cosas importantes, no existen fechas límites porque el paciente no se recuerda a sí mismo de una manera efectiva. c) Sólo moderados esfuerzos de relacionar diferentes aspectos de la experiencia, alternando con periodos de pequeño o ningún esfuerzo son invertidos en esta dirección. d) Algún decremento en su nivel usual de organización bajo condiciones de stress medio o cambios relativamente pequeños en el medio externo.

Nivel 4. a) Algunas áreas mayores están integradas, mientras otras muestran contradicciones en varios aspectos del funcionamiento del yo, tales como discrepancias en diferentes metas y actitudes, e imágenes del self. Tal individuo es inconsistente como también contradictorio. b)

Pueden ser llevadas a cabo provechosas actividades planeadas, pero considerables resultados problemáticos en los intentos de llevar a cabo el itinerario que demanda la vida cotidiana. El siempre está uno o dos pasos atrás de cumplir adecuadamente sus obligaciones. c) Esfuerzos activos para relacionar diferentes áreas de la experiencia son moderadamente exitosos invirtiendo la mitad del tiempo de la persona. d) Cambios pequeños en las condiciones externas y la presencia de un stress medio o suave resulta en el mantenimiento de la marcha del nivel de organización del individuo, pero no siempre.

Nivel 5. a) Áreas mayores de la personalidad muestran un justo grado de consistencia tal, que los afectos y comportamientos tienden a ser consistentes, pero con algunas excepciones que resultan en dificultades periódicas. Las representaciones del self están suficientemente integradas para regir los problemas mayores de identidad. Pero ejemplos de actitudes inconsistentes, valores, afectos y comportamientos ocurren periódicamente. b) Actividades provechosas se llevan a cabo, encuentros y compromisos muestran lapsos periódicos. c) Esfuerzos activos para relacionar diferentes áreas de la experiencia en el servicio de la adaptación muestran lapsos periódicos. d) Cuando las condiciones externas cambian rápidamente y/o se introduce el stress la actividad y niveles de organización son mantenidos la mayor parte del tiempo, si los cambios y el stress son suaves.

Nivel 6. a) Consistencia y justo grado de integración en los sectores mayores de la personalidad, sin quedarse afuera muchas áreas de la experiencia, aunque inconsistencias menores en el comportamiento, afectos y pensamiento pueden ser vistos. Área sexual, social y vocacional están satisfactoriamente integradas. b) El comportamiento es generalmente organizado y la persona puede tratar con las exigencias y requerimientos externos con relativamente poco stress y angustia. c) Esfuerzos para hacer conexiones casuales (entre diferentes áreas de la experiencia), teniendo un éxito moderado en esta tarea. d) Con condiciones externas rápidamente cambiantes y/o stress antes (potencialmente traumáticas a una persona menos integrada) esta persona mantiene estabilidad relativa y organización.

Nivel 7. a) Consistencia alta e integración en el pensamiento, afectos y comportamiento. Sus actitudes y valores son consistentes, su identidad del self es establecida sólidamente. b) Hace conexiones activamente entre diferentes aspectos de su experiencia al servicio de la adaptación y con respecto a esto responde creativamente a los problemas. c) y d) Revela una inusual habilidad alta para mantenerse relativamente estable, organizado y en balance con los cambios repentinos de condiciones externas o stressantes.

2.2.9 Teoría de las relaciones de objeto de Kernberg.

Michaca (1987) en su obra "desarrollo de la personalidad" nos ofrece una síntesis de algunas de las aportaciones de Otto Kernberg.

a) Kernberg propone un esquema de desarrollo en cuatro fases, que muestran el desarrollo progresivo de sus unidades básicas (representación de objeto –representación del self– vínculo afectivo) y su repercusiones en la formación de la estructura intrapsíquica, y en el establecimiento de diferentes tipos de patología.

   Estadio 1. Estadio primario indiferenciado "autismo normal".
   Esta fase cubre aproximadamente el primer mes de vida y precede al establecimiento de las constelaciones de self-objeto 'buenas' indiferenciadas. Su prevalencia impediría la incapacidad para establecer la simbiosis y provocaría una psicosis autista.

   Estadio 2. Estadio de las representaciones self-objeto indiferenciadas primarias o simbiosis normal.
   Explica que bajo la influencia de la madre se forman por una parte imágenes "buenas" de representaciones self-objeto, indiferenciadas, consecuentes a experiencias gratificantes o recompensantes, mientras que por la otra se forman imágenes "malas" de representaciones self-objeto indiferenciados, donde se integran experiencias de naturaleza frustrante y dolorosa. Luego de establecerse estas constelaciones se hace un intento por "expeler" la experiencia self-objeto mala, mientras que la

representación self-objeto buena se convierte en el núcleo del ego. La expulsión a la "periferia" de la experiencia psíquica, inicia la concepción de un "ahí afuera".

Por el sexto y noveno mes comienza a haber una diferenciación entre las representaciones del self "buenas" y "malas", así como de las representaciones de objeto "buenas", y "malas"; en buena parte determinadas por una exploración más realista del mundo externo. Desde el punto de vista de los afectos, las representaciones del self y objetos buenas se cargan con libido, mientras que las malas se cargan con agresión. Y en esta situación de diferenciación incipiente se pasa al tercer estadio.

Estadio 3. Diferenciación de las representaciones del self de la de los objetos.

Este estadio se inicia entre el sexto y octavo mes y llega a su fin entre los dieciocho y treinta y seis meses. Con la exclusión de la subfase de diferenciación, corresponde al proceso de separación-individuación de Mahler.

Se inicia con la terminación de la diferenciación de las representaciones del self, de las representaciones de objeto dentro del núcleo de representaciones "buenas" de self-objeto, y posteriormente de las "malas" y concluye con la eventual integración de representaciones del self "buenas" y "malas" en un concepto del self integrado, y con la integración

de las representaciones de objeto "buenas y malas' en una representación de objeto "total", esto es, el logro de "constancia objetal".
Una fijación a este período o una regresión determina, según Kernberg, la organización de la personalidad borderline. Como es lógico el mecanismos de defensa prototípico de esta fase es la escisión, que al principio se utiliza más para preservar a la buena representación de contaminarse con la mala; en situaciones normales el uso de la escisión disminuye con la capacidad integrativa, pero en casos patológicos su uso aumenta, lo que lleva al paciente al síndrome de difusión de la identidad.

Estadio 4. Integración de las representaciones del self y de las representaciones del objeto y el desarrollo de estructuras derivas de relaciones de objeto de alto nivel intrapsíquico.
Este estadio empieza al final del tercer año y dura a lo largo del período edípico. Se caracteriza por la presencia de un sistema del self definitivo, y de representaciones de objeto estables. En esta fase se consolidan el ego, super ego y ello como estructuras psíquicas totales. La psicopatología típica de esta fase está representada por las neurosis y las organizaciones de patología de carácter de alto nivel, particularmente los caracteres histéricos, obsesivo-compulsivo, y depresivo-masoquistas, donde los conflictos típicamente ocurren entre el ego y un superego bien integrado pero excesivamente punitivo. Los mecanismos de defensa giran alrededor de la represión que viene a substituir a la escisión, lo que consolida al ello como una estructura psíquica que contiene la suma de aquellas relaciones

de objeto inaceptables, debido a las experiencias peligrosas, productoras de ansiedad y culpa que se encuentran involucradas en su origen. En este período se inicia la integración del superego como una estructura intrapsíquica independiente.

Estadio 5. Consolidación del superego e integración del ego.
Empieza con la integración de todos los niveles del superego, tanto del ideal del yo como del aspecto prohibitivo de éste, lo que disminuye la oposición ente ego y superego y alienta la identidad del ego. Se establece la estructura de carácter que representa aquellas conductas predominantemente automatizadas que devienen de la identidad del ego. Hay una relación recíproca entre el concepto del self y la estructura del carácter.

b) Kernberg propone tres niveles de organización de la patología del carácter:

Nivel: Superior.

-Superyo bien integrado aunque punitivo.
-Ego bien integrado.
-Self estable, y mundo representacional estable.
-Mecanismo de defensa, represión.
-Defensas de carácter inhibitorias y reactivas.
-Ego constreñido, sin infiltración instintual.

Aquí encontramos a los caracteres:

-Histéricos

-Obsesivos compulsivos

-Depresivos masoquistas

En el nivel intermedio

-Un superyo menos integrado e igualmente punitivo.

-Se observa una integración superyoica deficiente en la proyección parcial de núcleos del superyo.

-Cambios de humor severos.

-Aparición de defensas de carácter patológicas, combinando formaciones reactivas con expresiones parciales de impulsos instintuales.

-Hay expresiones disociadas de necesidades sexuales y agresivas y una "impulsividad estructurada" en ciertas áreas.

-Hay represiones y mecanismos asociados, coexistiendo con escisión del ego en áreas limitadas.

-Los contenidos pregenitales, predominantes reflejan algún grado de regresión de impulsos edípicos.

-Las relaciones objetales son aún estables, duraderas, profundos y tolerantes de ambivalencia.

En este nivel encontramos:

-Los tipos orales de patología de carácter, en especial los "pasivo-agresivos".

-Las personalidades sadomasoquistas.
-Personalidades narcisistas.
-Pacientes con una desviación sexual cristalizada con capacidad para establecer dentro de tales desviaciones relaciones de objeto relativamente estables.

Nivel: Inferior.

-Integración mínima del superyo.
-Incapacidad para experimentar preocupación y culpa.
-Rasgos paranoides claros.
-La delimitación entre yo y superyo está completamente borrada.
-La función sintética se aprecia seriamente dañada.
-La escisión es el mecanismo central en vez de la represión.
-Sus defensas de carácter patológicas son predominantemente impulsivas, instintualmente infiltradas.
-Predominio de la agresión pregenital en la formación del yo y del superyo.
-Condensación de conflictos genitales y pregenitales con predominancia de la agresión pregenital.
-Incapacidad para la empatía con objetos totales, las relaciones objetales son parciales. No hay constancia ojbetal.
-Síndrome de difusión de identidad.
-Falta de neutralización de la energía instintual.

-Debilidad yoica que senota en la falta de tolerancia a la ansiedad y una falla crónica en áreas de trabajo o creativas.
-Funcionamiento cognitivo infiltrado por procesos primarios de pensamiento.

En este nivel se encuentran:
-Personalidades infantiles y narcisistas graves.
-Todos los pacientes con estructura de personalidad antisocial.
-Los desórdenes de carácter caótico.
-Los caracteres "como si".
-Las "personalidades inadecuadas" y muchos de los "automutiladores".
-Pacientes con desviaciones sexuales múltiples (o con combinaciones de desviaciones sexuales con adicciones a drogas).

Todos esto cuadros patológicos quedan encuadrados en el campo de desórdenes fronterizos o "caracteres psicóticos" o como Kernberg los llama "organización de personalidad borderline".

El diagnósticos diferencial entre pacientes con trastornos fronterizos y los psicóticos se centra en el mantenimiento de la "prueba de realidad" en los primeros y su pérdida en los otros.

2.2.10 El self y su patología en Kohut

Kohut (1971) esta interesado en el narcisismo como una catexis del self.

En desacuerdo con Freud, Kohut no cree que la libido narcisista es un estado de paso hacia la libido objeta, para el, la libido narcisista (aquella que carga al self) y la libido objetal (aquella que carga a los objetos) tienen un desarrollo independiente y una no es consecuencia de la otra.

Kohut elabora su teoría: No como una teoría de las relaciones de objeto y su eventual diferenciación e internalización sino como una teoría que trata de explicar aquellos hechos que conciernen a la estructura del self y sus self objects, diferenciados o no.

El self como la representación integral de uno mismo surge como resultado de la interacción entre la dotación innata del recién nacido y las respuestas selectivas de los objetos del self (los objetos que experimentamos como parte de nuestro self).

Desarrollo del self:

- Estadio del self fragmentado: el recién nacido carece de un self en principio hay un estado de "no relación objetal" o autista donde el sentimiento

oceánico del niño le lleva a una configuración omnipotente del self no integrado.

- Estadio del self cohesivo: al que Freud, (1914) denominó narcisismo primario, la característica central de este estadio es que la carga libidinal es predominantemente narcisista, si bien en este período comienza a haber "relaciones de objeto" con la madre, estas relaciones son narcisistas, experimentadas por el self como una parte indistinta de él mismo.

  Cuando el equilibrio del narcisismo primario se ve roto por las inevitables fallas del cuidado materno, el niño busca recobrar la perfección previa mediante:

  a) Estableciendo una imagen grandiosa y exhibicionista del self: el self grandioso; o
  b) Cediendo la perfección previa a un self object (transicional) admirado y omnipotente: la imago parental idealizada.

- Estadio diferencial self/objeto: La supervivencia psicológica requiere de objetos del self capaces de dar respuestas empaticas y mediante un proceso de estructuración psicológica llamado "internalización trasmutadora" se cristaliza el self nuclear del niño.

  La internalización trasmutadora juega un papel principal en la formación de una estructura psicológica estable que sea capaz de una creciente

independencia de los objetos en el exterior. Este proceso permite al niño el paso de un estado narcisista primario a uno más evolucionado. Para que la internalización transmutadora se de en forma efectiva se requiere de una "buena maternalización" es decir de la presencia de un self object arcaico que satisfaga empaticamente las necesidades del niño y que lo someta a un nivel de "frustración optima". Un buen self object que cumpla la función de espejeo y de tranquilizador cuando sea requerido, parece el mejor camino hacia la salud.

- Conciencia del self: existen dos configuraciones del self que funcionan como dos polos de interés: El self grandioso convenientemente integrado proporciona el combustible instintual para que se haga presente en las formas maduras de autoestima positiva, en la autoconfianza, en la capacidad para aceptar nuestros éxitos, sin vergüenza, ni culpa. Y asimismo en la capacidad para tolerar nuestras fallas sin derrumbarnos, y en la búsqueda de la sabiduría y particularmente del humor, ser capaces de reír de nosotros sin que esto nos destruya. Por su parte la imago parental omnipotente ha de evolucionar hacia la formación de un superyo idealizado, que sirva de guía, y ya visto como una configuración madura encontramos que en él subyacen las formas maduras de admiración por otros, nuestra capacidad para entusiasmarnos, para adherirnos a una idea o ideal y trabajar por ello. Aquí se encuentra la base para el altruismo y el cuidado

genuino de otros que nos provoca satisfacción personal, más allá del amor objetal que les profesemos.

Lo que Kohut pretende decir es que, independientemente de que seamos capaces de amar a otros, también debemos amarnos a nosotros y que esto es narcisista de una manera madura, pero narcisista.

Entre los dos polos descritos: la ambiciones en el self grandioso y los ideales en la imago parental idealizada, se da un arco de tensión, que involucra las habilidades reales del sujeto y que tiene que buscar un equilibrio entre las ambiciones y las metas. De la forma en que estos tres elementos funcionen en armonía, es decir, ambiciones-capacidades-metas, la conducta será más adaptativa, en la medida en que estén más desincronizados se presentará la patología narcisista.

Patología del self Kohut

Self subestimulado: estado crónico o recurrente del self que surge como consecuencia de una falta prolongada en la infancia de respuesta estimulante por parte de los objetos del self (tales personalidades carecen de vitalidad, son tediosas, apáticas para si y para los demás).

Self fragmentado: estado crónico o recurrente del self que surge como consecuencia de la falta de respuesta integradora al self inicial. Se produce cuando nuestra autoestima ha sido puesta a prueba durante periodos prolongados y cuando no contamos con nada que la restituya (esta personalidad se fragmenta ante las disiluciones, o los triviales desaires y pierde el sentido de continuidad de su self, las partes de su cuerpo no están unidas, hipocondriasis, profundas ansiedades).

Self sobre estimulado: estado recurrente en los cuales el self se ve estimulado, la consecuencia de respuestas no empática excesiva o inadecuadas con respecto a la fase por parte de los objetos del self en la infancia: si se trata del polo exhibicionista-grandioso del self la persona se inunda por fantasías de grandeza arcaicas y no realistas.

Si en los ideales ha sido sobre estimulado puede desarrollar una necesidad intensa y persistente de fusión con un ideal externo.

Self sobrecargado: no contó con la oportunidad para fusionarse con la serenidad de un objeto del self omnipotente; es un self que ha sufrido el trauma de la emotividad no compartida. Cuando un self que ha estado expuesto a comienzos de la vida a estados de sobre carga debido a la falta de

objetos del self tranquilizadores hay ansiedad, el mundo se ve hostil y peligrosos.

CAPITULO 3: LA ENTREVISTA

3.1 GENERALIDADES:

La primera tarea técnica para llegar a la elaboración de una psicodinamia es la recolección de la información acerca del paciente y de sus síntomas, por medio del método que tradicionalmente se conoce con el nombre de entrevista.

En este capítulo abordaremos desde el modelo médico, luego el psiquiátrico; y por último, centraremos nuestro interés en el modelo psicodinámico de hacer una entrevista. Por lo tanto los autores que hemos escogido (Mackinnon y Michels, Bleger, Díaz, Velasco) Nos proponen salir de un interrogatorio rutinario que sólo recopila datos de manera mecánica, a un trato psicodinámico de la entrevista: en el que los datos que se van recabando lleven el objetivo, de buscar y rastrear el conflicto intrapsíquico, desde el presente hasta sus posibles fuentes de la infancia temprana, respetando y entendiendo la relación entre el entrevistado y el entrevistador (el campo), y todo ello dentro de un marco de referencia (el encuadre).

3.2 LA ENTREVISTA PSICODINÁMICA:

Díaz (1989) define la entrevista clínica psicodinámica como el encuentro entre un paciente o grupo de pacientes y un entrevistador, o equipo de entrevistadores, es el procedimiento técnico tendiente a desarrollar un proceso de comunicación, en el seno de un vínculo interpersonal, cuya meta es el establecimiento de una relación de trabajo a través de la cual se busca esclarecer los conflictos psíquicos, presentes y pasados, que perturban el equilibrio actual del o los entrevistados.

Velasco (1996) La define como: el método que está basado en el interrogatorio, donde el entrevistador utiliza el marco psicoanalítico para evaluar las verbalizaciones del (de los) entrevistado (s), su conducta e interacción así como sus propias reacciones ante el material que está escuchando, con la meta primordial de recabar información psicodinámica destacada sobre la vida del (de los) entrevistado (s) mediante una relación de trabajo conjunta.

Desglosando estas dos definiciones tenemos que la entrevista psicodinámica no es un frío interrogatorio de tipo "policiaco"; como dice Díaz (1989) "La anamnesis buscada en la entrevista clínica psicodinámica, no es el relato vacío y rutinario de los datos conocidos por el entrevistado; es la investigación regida por los conocimientos de psicopatología, de las condiciones infantiles y actuales, que en las circunstancias presentes, originan el desequilibrio existente y la demanda de asistencia profesional".

"Es además un encuentro entre entrevistado (s) y entrevistador (es) donde se establece un vínculo o relación interpersonal en la que entran en juego las personalidades totales de quienes en ella intervienen. A la acción del entrevistador corresponde la reacción del entrevistado y viceversa".

La actividad del entrevistador psicodinámico debe darse en dos canales, al mismo tiempo:

En el primero se encargara de recoger los datos del entrevistado, sus síntomas, conflictos, y reacciones emocionales. Tratando de encontrar las relaciones significativas, entre el relato del paciente y sus síntomas. Díaz (1989) dice: que la última meta de la entrevista es lograr el esclarecimiento de los conflictos psíquicos del entrevistado. El psicoanálisis concibe el conflicto actual (de una manera psicodinámica) como un derivado de los conflictos infantiles y es por ello que la entrevista psicodinámica se intenta el rastreo del desequilibrio presente en sus fuentes infantiles.

Y un segundo canal: donde el entrevistador debe tomar conciencia de su propia respuesta emocional y conducta no verbal ante lo que el paciente dice. El entrevistador debe estar consciente de los afectos que despierta en él la personalidad de entrevistado. Como es la curiosidad excesiva, el fastidio, el aburrimiento, el pesar, la abrumación, la molestia, la ira, la angustia y el rechazo. Sentimientos que en el curso del tratamiento constituirán la contratransferencia, brújula principal de la interpretación psicoanalítica. Además toda esta información que se deriva de estos dos canales, debe ser procesada e integrada en el marco teórico del psicoanálisis es decir el entrevistador o terapeuta tiene que estar pensando analíticamente, calladamente su mente va reconstruyendo el mundo interno de su interlocutor.

3.3 LA PRIMERA ENTREVISTA:

Bleichmar (1997) propone 17 puntos importantes de observar y de tomar en cuenta en una primera entrevista: (me permití transcribir textualmente para no omitir detalle alguno).

1. **¿Cómo se presentó el paciente?** ¿Qué aspecto tenía? fue su actitud corporal, su forma de mirar -directa, evasiva-, de dar la mano, etc.? ¿Cómo hablaba -tono de voz, ritmo, silencios, etc.? Cuáles fueron sus estados emocionales, sus angustias? ¿Se permitió sentir y/o expresar rabia, tristeza, etc.? ¿Se sintió desbordado por sus sentimientos, asustado frente a ellos? ¿Los usó como una forma de vincularse, creando un clima de encuentro o, por el contrario, los empleó para mantener alejado al terapeuta -con el malhumor o la rabia, por ejemplo-? ¿Hubo hipercontrol, desborde emocional?

2. **¿Cómo se relacionó con el terapeuta?** Ejemplos: sumiso, pasivo, autoritario/dominante, desconectado afectivamente, sobreinvolucrando emocionalmente al terapeuta, desafiante, atemorizado, confiado, suspicaz, desbordante en su discurso, desvalorizante, idealizante, exhibicionista, etc.

3. **Motivo manifiesto** que presentó como causa de la consulta: síntomas, rasgos de carácter que le resultan insatisfactorios, relaciones interpersonales que considera conflictivas.

4. **¿Los distintos personajes que fue introduciendo en su relato,** tendieron a ser vistos bajo la misma perspectiva? ¿Fue variando los personajes de su relato pero todos ellos fueron considerados como atacantes o traicioneros o inadecuados o egoístas o maravillosos o salvadores o abandonantes? ¿Se puede ir construyendo un molde o patrón que trasciende a los personajes?

5. **¿Cómo fue encadenando los distintos temas de los que habló?** La secuencia del desarrollo de la entrevista es esencial pues lo que sigue a algo puede ser la forma de defenderse, de evadir, de compensar lo anterior. El relato se puede ver como un proceso en que sus partes resultan ser consecuencia de cómo el paciente va reaccionando a lo que él mismo dice y, muy especialmente, a lo que piensa que será la reacción del terapeuta. El paciente habla y se escucha; *su discurso es, también, un diálogo en que rechaza, acepta, se disculpa, se escapa, se entusiasma con lo que él mismo va diciendo.* Además, la secuencia de temas puede indicar que dos episodios, dos personajes, dos concepciones, están relacionados inconscientemente en la mente del paciente, o cómo algo del presente esta conectado con algo del pasado que recuerda, precisamente, en ese momento y no en otro.

6. Pese a la importancia que tiene el relato, el riesgo es quedar atrapado en la historia: resulta necesario conectarse con la intención del relato -qué desea el paciente que sienta el terapeuta, bajo que imagen desea que le

vea-. El relato, además de su contenido semántico, de lo que dice, es una acción dirigida al terapeuta, actúa sobre sus sentimientos, sobre sus ideas, sobre su conducta. El relato es un hacer sobre el otro a través de la palabra, implica una propuesta de vínculo que el paciente activa en el terapeuta.

7. **Identidad** desde la que actúa, habla, desde la que construye su relato; ¿desde la identidad de sufriente, de abnegado, de perseguido, de personaje maravilloso, de hallarse en peligro, del que siente que no tiene control sobre su mente o cuerpo?

8. **¿Qué relación hubo entre aquello de lo que hablaba y la forma de hacerlo, entre el contenido temático de su discurso y la forma de vincularse con el terapeuta?** ¿Reproduce en su forma de relacionarse las conductas que en su relato atribuye a otros? Por ejemplo, el paciente cuenta que le visitó el padre y se pasó todo el tiempo criticando a la madre, sin ver que reproduce, ahora con el terapeuta, un vínculo en que critica a un tercero -al padre- tratando de conseguir el apoyo del terapeuta.

9. **¿Cómo evolucionó el paciente a lo largo de la entrevista?** Variaciones especialmente en su estados afectivos, en el tipo de contacto con el terapeuta. ¿Las imágenes que fue presentando de sí mismo y de los otros fueron estables a lo largo de la entrevista o pasaba, sin notar las contradicciones, de representaciones idealizadas a otras totalmente

negativas? ¿El relato era caótico, confuso, o excesivamente ordenado y meticuloso, apegado a la realidad, sin que emergieran fantasías, deseos?

10. **Datos de la historia del paciente surgidos en la entrevista:** sucesos significativos, recuerdos infantiles. Experiencias traumáticas -desamparo, pérdidas, separaciones, humillaciones, agresiones físicas, emociones, sexuales, enfermedades, etc.-. La representación que tiene de sus padres, la forma en que recuerda episodios o los omite. También, lo que los padres decían -sus discursos, sus mitos, sus concepciones e ideales-. No interesan sólo los datos biográficos sino, muy especialmente, cómo el paciente los selecciona. Las palabras -términos agresivos, denigratorios- que emplea dan idea del código que organiza el relato, de las fantasías que subyacen a su relato. El relato que el paciente hace de su infancia nos informa acerca de su forma de *historizar* su vida.

11. **Lo que el paciente omite y que el terapeuta siente como un hueco en el relato,** es decir, algo que tendría que estar presente por lo que el paciente va diciendo, pero que no es explicado -sexualidad, por ejemplo.

12. **Contratransferencia:** ¿cómo se sintió el terapeuta? ¿cómodo, valorizado, denigrado, exigido, ansioso, asustado, impotente, eufórico, grandioso, redentor, alegre, abrumado, desbordado, sorprendido, confundido, manipulado, indignado, etc.? ¿Qué conducta del paciente, qué sentimientos, qué fantasías, qué forma de presentar las cosas pueden

haber contribuido a activar en el terapeuta los estados de ánimos mencionados? ¿*Qué conflictos del terapeuta, qué aspecto de su historia es activado por este paciente en particular*? ¿*Los sentimiento que tuvo frente a este paciente, los experimentó ese día frente a otros pacientes o los suele tener con cierto tipo de gente*?

13. **Rol que el paciente tendió a inducir en el terapeuta.** ¿El rol del que escucha debiendo estar pasivo, del que debe ser un aliado en sus peleas con otros, del que discute, del que se debe compadecer, del que debe aconsejar y orientar en la vida, del que debe fijar límites y ocuparse del sentido de realidad, del que se debe encargar de proteger el tratamiento, del que todo lo puede arreglar?

14. **¿Cómo respondió, corporalmente** -expresión facial, movimiento de las manos, cambios de posición- y en el discurso verbal, ante las intervenciones del terapeuta? ¿Cómo reaccionó el paciente si el terapeuta se apartó del rol asignado? ¿Con depresión, pasividad, rabia, amenazas abiertas o encubiertas de retirarse o de actuación autoagresiva? En este sentido, ¿el terapeuta se sintió libre para explorar temas, para hacer algún comentario que creyó pertinente? ¿El paciente recibió las intervenciones del terapeuta como omnipotentes, como regalos, como ofensas narcisistas, como mandatos superyoicos a cumplir, como amenazantes, como dotadas de segundas intenciones -seducción, manipulación, etc.?

15. **¿El paciente colaboró?** ¿La colaboración fue excesiva, se hiperadaptó al marco terapéutico, se detectó hostilidad encubierta, racionalizó sus resistencias, apareció motivado para una alianza terapéutica?

16. **¿Demostró penetración psicológica, capacidad de introspección,** capacidad para detectar el efecto que pudiera estar creando en el otro, riqueza en su vida de fantasía y nivel simbólico-verbal? ¿Se le ve como un paciente apto par la psicoterapia de *insight*, para tolerar la angustia, o requiere medidas inmediatas para contener la angustia o sus síntomas?

17. ¿Pudo obtener el terapeuta alguna indicio, a manera de primera hipótesis tentativa, sobre **deseos inconscientes importantes** para el paciente? ¿Sobre la forma en que reacciona ante sus deseos? ¿Sobre cómo espera que sus deseos sean tomados por el terapeuta? ¿Sobre cómo se ubica frente al deseo del terapeuta o de otros personajes a los que introdujo en la entrevista.

Es evidente que estas largas listas de cuestiones acerca del paciente no podrán ser satisfactoriamente cumplidas por el entrevistador en el curso de una, dos o tres sesiones de entrevista, pero sí deben figurar en su mente, pues todo aquello que escuche y observe redundara en una mejor comprensión del entrevistado.

3.4 EL CAMPO Y EL ENCUADRE DE LA ENTREVISTA:

Son muchas las listas de elementos que los teóricos recomienda que deben tomar en cuenta en una entrevista psicodinámica. Y aún así queda la duda si son todos o existen más.

Por ello en la literatura psicoanalítica se ha desarrollado el concepto del campo y el de encuadre de una entrevista.

a) El campo de la entrevista

"La entrevista es un campo de trabajo en el cual se investiga la conducta y la personalidad de seres humanos". (Bleger, 1971)

"En la entrevista se configura un campo, porque entrevistado y entrevistador participan como miembros de una misma estructura: lo que es de uno no puede entenderse si se prescinde del otro. Dicho de otra manera el entrevistador controla la entrevista pero quien la dirige es el entrevistado. La relación entre ambos delimita y determina el campo de la entrevista y todo lo que en ella acontece, pero el entrevistador debe permitir que el campo de la relación interpersonal sea predominantemente establecido y configurado por el entrevistado."

Bleger decía: que entre los participantes se estructura una relación de la cual depende todo lo que en ella acontece. Si nos involucramos más allá de lo que nuestra posición de observador participante dictamina, sea preguntando demasiado (interrogando), dando apoyo, expresando manifesta simpatía, dando opiniones o hablando de nosotros mismos vamos a desvirtuar el sentido de la entrevista convirtiéndola en un diálogo formal, en una charla o conversación.

Para Bleger (1971) una sistematización que permite el estudio detallado de la entrevista como consiste en centrar el estudio sobre:

a) *El entrevistador:* En el que se incluye su actitud, su disociación instrumental, contratransferencia, identificación, etc.

b) *El entrevistado:* incluye la transferencia, estructuras de conducta, rasgos de carácter, ansiedades, defensas, etc.

c) *La relación interpersonal:* en la que incluye la interacción entre los participantes, el proceso de comunicación, el problema de la ansiedad, etc.

b) El encuadre de la entrevista

Bleger (1971) sostiene que para que el campo se configure especialmente por las variables que dependen del entrevistado, es necesario que la

entrevista cuente con un encuadre (Setting), donde se juntan las constantes de tiempo y lugar, el papel de ambos participantes y los objetivos que se persiguen.

Grinberg (1981) plantea que el encuadre (Setting) es el contexto más estable, en donde se ordena el caos que tiene su expresión en el proceso analítico, en el cual se dan una serie de elementos móviles formados por circunstancias, fantasías, ansiedades y expectativas. Su función es ordenar el desorden del proceso primario, quitarle peligrosidad, dar sentido a sus componentes y permitir así un manejo a través del proceso secundario.

Etchegoyen (1986) dice que el encuadre de la entrevista supone fijar como constantes las variables de tiempo y lugar, estipulando ciertas normas que delimiten los papeles del entrevistado y el entrevistador con arreglo a la tarea que se va a realizar. *Ejemplo: La entrevista se dará cara a cara, al iniciar la reunión, puede solicitarse datos de la identidad del entrevistado, luego indicar el tiempo que durará la entrevista, la posibilidad de que no sea la única, se le invitara a hablar (no bajo la regla de la asociación libre como en la sesión psicoanalítica).*

Grinberg (1981) sostiene que el mantenimiento del encuadre favorece la regresión útil, proporciona el continente que ayuda a salir de la misma y permite controlar la regresión demasiado profunda, porque al establecer en

la realidad un punto fijo (marco de referencia) posibilita el rendimiento con la misma.

Por último el encuadre, en sentido amplio, es un instrumento sistematizado, que desde su origen le ha servido al analista como herramienta de investigación.

3.5 LA ENTREVISTA ESTRUCTURAL DE KERNBERG, O.:

Existen varios modelos de entrevista psicodinámica uno de ellos es la entrevista estructural de Kernbeng (1987).

En ella se combina, el enfoque psicoanalítico sobre la interacción paciente-entrevistador con una técnica psicoanalítica para interpretar los puntos conflictivos y las operaciones defensivas de la interacción para destacar simultáneamente los síntomas de anclaje clásico de la psicopatología descriptiva y la estructura subyacente de personalidad.

La atención del entrevistador se concentra en los principales síntomas o conflictos del paciente y en cómo son reflejados hacia el propio entrevistador a través de modos particulares en la interacción del aquí y ahora.
La entrevista estructural constituye así una situación experimental en la que pueden explorarse y someter a prueba el grado de integración de sí mismo y de la percepción de los objetos.

Un rasgo importante de este modelo es su naturaleza cíclica. El concepto de los síntomas de anclaje como localizados en un círculo a lo largo de su perímetro hacen posible para el entrevistador al ir de un síntoma cardinal al siguiente, regresar, con el tiempo, al punto de partida y reiniciar un nuevo ciclo de interrogatorio, en profundo contraste como un modelo de interrogatorio, tipo "árbol de decisiones", que tiene un patrón fijo de progresión.

El entrevistador comienza por pedir al paciente un breve resumen de sus razones para venir al tratamiento, expectativas de éste y la naturaleza de sus síntomas predominantes o dificultades.

Es útil iniciar la entrevista con algunas preguntas (directas o indirectas) que pongan a prueba su funcionamiento sobre varios síntomas de anclaje claves.
Kernberg (1987) propone en la realización de una entrevista estructural indagar ciertas preguntas claves como:

1) "¿Estoy interesado en oír que es lo que lo trajo aquí?"

Preguntas como esta permiten hablar al paciente de sus síntomas, las principales razones para venir a tratamiento.

Permite evaluar la conciencia de enfermedad del paciente, su necesidad de tratamiento, el grado de integración de éste y su tipo de angustia.

Si el paciente es capaz de entender y responder plenamente y en forma clara a la pregunta inicial, y al mismo tiempo, presentar un cuadro coherente del síntoma principal que lo trajo a consulta y de otros problemas y dificultades, el entrevistador puede entonces plantear preguntas subsidiarias derivadas de la información ya presentada. Por ejemplo, puede preguntar sobre aspectos más precisos de síntomas, la fecha aproximada de su aparición y su desarrollo, y síntomas relativos adicionales; esto puede completar la información que se refiere a que el paciente tiene un sensorio normal, que no tiene déficit de memoria importantes y cuando menos un nivel de funcionamiento de la inteligencia normal. Sin embargo, el curso de la descripción del paciente de sus dificultades, se refiere específicamente a la concentración, memoria y a sus funciones cognoscitivas en general, el entrevistador podrá centrar su interrogatorio en los síntomas de síndromes cerebrales orgánicos agudos y crónicos.

2) "¿Podría describirse usted mismo, su personalidad, lo que piensa que es importante que yo sepa, de modo que yo pueda tener un sentimiento real hacia usted como persona?"

Esta pregunta permite explorar datos sobre la estructura intrapsíquica del paciente, así como el grado de identidad y su capacidad de introspección.
El paciente puede describir sentimientos sobre él mismo, sobre las áreas importantes de su vida (estudio, trabajo, familia, vida social, sexo, intereses políticos y culturales, tiempo libre), y en particular, sus relaciones clave con los demás significantes.

Si el paciente puede en forma espontánea presentar tal información sobre él mismo, es un indicador de buena prueba de realidad, y por lo tanto descartar la enfermedad psicótica.

3) **"¿Describa sus relaciones con personas que son importantes para usted?"**

Esta pregunta y su respuesta nos aporta importantes datos sobre las relaciones objetales del paciente.

Buscar que el paciente platique de su vida, estudio o trabajo, familia, vida sexual, relaciones sociales, tiempo libre.

Si el paciente no responde a estas preguntas sería un posible indicador de grave patología del carácter. Por lo que el entrevistador investigará entonces la difusión de identidad y las operaciones defensivas primitivas, como identificación proyectiva, escisión, disociación primitiva de aspectos

contradictorios de la experiencia de sí mismo, negación, grandiosidad, fragmentación de afectos, omnipotencia o devaluación.

4) **"¿Me gustaría saber ahora más de usted como persona, la forma en que se percibe a sí mismo, la manera en que siente que los demás le perciben, lo que usted piense que podría ayudarme a formar con profundidad una imagen de usted?"**

Esta pregunta busca mayor información respecto a problemas caracterológicos que conducen a un diagnóstico más específico respecto al tipo predominante de rasgos patológicos del carácter, la constelación patológica dominante del carácter.

Es admirable que con un número reducido de preguntas, en la entrevista estructural se pueda profundizar en un diagnóstico diferencial. Esto presupone por parte del entrevistador un alto manejo interpretativo de la transferencia y sobre todo de experiencia clínica. Por lo que el manejo de este tipo de entrevistas no es muy aconsejable para aquellos alumnos que apenas inician su formación.

Por último es recomendable que el principiante aprenda a desarrollar paulatinamente su propio estilo personal de entrevista, sin casarse dogmáticamente con algún modelo, claro que esto implica, que primero aprenda y valore lo ya existente. También se debe entender que a mayor

comprensión de la teoría y técnica psicoanalítica esta tarea será menos complicada y con resultados más objetivos.

CAPITULO 4: HISTORIA CLÍNICA

4.1 ANTECEDENTES Y DEFINICIÓN:

Después de la recolección de información en la entrevista(s) inicial(es), es necesario organizar esta en un formato llamado Historia Clínica.

En el campo médico la Historia Clínica es considerada como el documento por excelencia para seguir la evolución del padecimiento de un enfermo.

Para Alexander (1978) una Historia Clínica se puede definir como un armazón en el cual se pueden ordenar, estructurar y formular el conjunto de datos pertinentes y significativamente recopilados a través de la o las entrevistas llevadas a cabo con los pacientes, con el objetivo primordial de poder elaborar, lo más preciso posible, un diagnóstico definido, ya que éste reviste una importancia decisiva para el médico o terapeuta en virtud de que se puede considerar como una guía que permitirá una mayor comprensión tanto diagnóstica como dinámica, y con ello la determinación del tipo de tratamiento o recomendaciones más adecuados para los pacientes.

También la entrevista, la histórica clínica tiene sus antecedentes en los modelos médicos y de la psiquiatría.

Velasco (1996) afirma que la Historia Clínica Psiquiátrica tiene una serie de aparatos básicos que dirigen al clínico hacia la obtención de un diagnóstico clínico de acuerdo con diferentes clasificaciones taxonómicas. Con este

documento se ordena la información y se puede seguir un procedimiento para llegar al diagnóstico.

4.2 MODELOS DE HISTÓRICA CLÍNICA:

Díaz (1989) en su libro "Técnica de la entrevista psicodinámica" expone en forma resumida los esquemas desarrollados por:

4.2.1 Esquema de Menninger (1952).

a) *Identificación del caso:* Nombre, edad, sexo, estado civil, ocupación, residencia, fuente de referencia, fecha de admisión, fecha del estudio, fuente de información, grado de confianza que pueda darse a los datos obtenidos acerca del paciente, nombre del entrevistador y en su caso del psicólogo que realizó las pruebas y de la trabajadora social. Descripción del paciente.

b) Descripción general del problema.

c) Enfermedad actual.

d) Historia familiar.

e) *Historia del desarrollo*, (desde el nacimiento a la adolescencia).

f) *Pautas de ajuste durante la vida adulta* (vocacional, social, sexual y antecedentes patológicos).

g) *Examen psiquiátrico.*

4.2.2 Esquema de Bleger (1985).

1) *Datos de filiación:* Nombre, edad, sexo, estado civil, nacionalidad, domicilio, profesión u oficio.

2) *Procedimientos utilizados:* Entrevistas (número y frecuencia, técnica usada, "clima" de las mismas, lugar en que se llevaron a cabo). Tests empleando juego, registros objetivos (especificar). Otros procedimientos.

3) *Motivos de estudio:* Por quién fue solicitado y objetivos del mismo. Actitud del entrevistado y referencia a sus motivaciones conscientes.

4) *Descripción sintética del grupo familiar* y de otros que han tenido o tienen importancia en la vida del entrevistado.

5) *Problemática vital:* Referencia de la vida y de sus conflictos actuales, de su desarrollo, adquisiciones y pérdidas, cambios, temores, aspiraciones e inhibiciones y forma de enfrenarlos o sufrirlos.

6) *Descripción de estructuras de conducta.*

7) *Descripción de rasgos de carácter y de la personalidad,* que incluye la dinámica psicológica, la organización patográfica, una apreciación del

grado de madurez de la personalidad, manejo del lenguaje, nivel de conceptualización, emisión de juicios, anticipación y planeamiento de situaciones, canal preferido de la comunicación, nivel o grado de coordinación, diferencias entre manejo verbal y motor, capacidad de observación, análisis y síntesis, grado de atención y concentración. Relaciones entre el desempeño intelectual, social, profesional, etc. Considerar las particularidades y alteraciones del desarrollo psicosexual, cambios en la personalidad y la conducta.

8) Dado el caso, incluir los resultados de tets y exámenes complementarios.

9) *Conclusión:* diagnóstico y caracterización psicológica del individuo y su grupo. Responder específicamente a los objetivos del estudio (por ejemplo, en el caso de selección de personal, orientación vocacional, informe escolar, etc.).

10) *Posibilidad pronóstica.*

11) *Posible orientación:* nuevos exámenes, forma de subsanar, aliviar u orientar al entrevistado, según el motivo de estudio.

4.3 PROPUESTA DE ESQUEMA

El siguiente esquema toma como base, el de Menninger con algunos agregados:

HISTORIA CLÍNICA

- Ficha de Identificación:

Nombre:
Edad:
Sexo:
Estado Civil:
Nacionalidad:
Lugar de nacimiento:
Fecha de nacimiento:
Escolaridad:
Tipo de escuela:
Ocupación:
Domicilio:
Religión:
Nivel socioeconómico:
Fuente de referencia:
Fuente de información:
Grado de confiabilidad:
Lugar de la entrevista:

Fecha de la entrevista:

Número de sesiones:

Nombre del entrevistador:

- Descripción del paciente: (e impresión general)

- Motivo de consulta

- Antecedente del problema

- Historia familiar

- Historia personal

- Pautas de ajuste durante la vida adulta:

  a) Ajustes familiares.
  b) Ajustes vocacionales.
  c) Ajustes de trabajo.
  d) Ajustes sociales.
  e) Ajuste sexual.

- Examen mental

  a) Funciones senso-perceptivas.

b) Procesos de pensamiento.
c) Funciones intelectuales.
d) Memoria.
e) Funciones de la consciencia.
f) Emoción o afecto.
g) Motivación.

- Diagnóstico clínico

Este esquema no pretende ser un machote, ni tampoco un marco rígido de encabezados para elaborar un reporte, sino más bien pretende ser una guía flexible, un organizador de la información obtenida en la entrevista, que contenga los datos necesarios con los que posteriormente podamos sustentar y elaborar una psicodinamia.

Para ello a continuación se recopilo la metodología de varios autores Díaz (1989), Menninger (1952), Velasco (1996). Que nos permite ponderar la información, que cada rubro debe contener para así evitar datos irrelevantes.

4.4 METODOLOGÍA DEL ESQUEMA PROPUESTO:

HISTORIA CLÍNICA

4.4.1 Ficha de Identificación:

Aquí se registran los datos generales del entrevistado tales como: Nombre, edad, sexo, estado civil, nacionalidad, lugar de nacimiento, fecha de nacimiento, escolaridad, tipo de escuela, ocupación, domicilio, religión, nivel socioeconómico, etc.

Estos datos corresponden a la pregunta: ¿quién es la persona que esta frente a mi? que identifican al paciente como único. Además de darnos una idea inicial sobre el entrevistado nos permiten hacer algunas inferencias sobre algún conflicto o una posible patología.

También en este apartado se incluyen datos sobre la entrevista como: fecha, lugar, número de sesiones y nombre del entrevistador.

Además sobre la fuente: a) de información, ¿quién da la información? De ser otras personas hay que anotar quienes y que relación guardan con el paciente. b) Referencia ¿quién conecta al paciente con nosotros?

Por último el grado de confiabilidad que puede darse a la fuente de información.

4.4.2 Descripción del paciente:

Este apartado integra toda la parte descriptiva con respecto a la persona del paciente, por lo que esta dividida en varios incisos:

a) *Características físicas:* sexo, edad aparente, estatura, peso, complexión, color de piel (raza), integridad corporal, señales físicas particulares que presente. La descripción de las parte del cuerpo se sugiere que sea empezando de arriba abajo: color del cabello, tipo de corte, de peinado, si tiene adornos; forma de la cara, arreglo facial (maquillaje), forma de la frente, cejas tamaño, color, características (lentes) y arreglo de los ojos, pestañas, tipo y tamaño de nariz, tamaño de la boca, tipo de labios, forma, tamaño y otras características de los dientes, mentón. Forma y tamaño del cuello, hombros, brazos, manos, uñas, tronco, busto, cintura, caderas, piernas, pies.

b) *Estado de Higiene y aliño personal:* Limpieza general del paciente. Vestimenta: adecuación o inadecuación de su forma de vestir, tipo de combinación de prendas, (de buen gusto, sin ninguna armonía). Higiene en sus prendas de vestir, calidad y tipo de ropas indicando qué prendas (pantalón falda, blusa, suéter, etc.), si su atuendo es formal, informal,

casual, deportivo. Mencionar si hay joyería u otros objetos como bolsa, portafolio, bastón, etc.

c) *L*enguaje *corporal:* Expresión facial (enojo, tristeza, indiferencia, ansiedad) expresión general del cuerpo (rigidez, excitación inquietud, etc.) postura del paciente, tanto de pie, al caminar y sentado.

d) *Actitud hacia el entrevistador*: Cooperativa, atenta, interesada, seductora, defensiva, hostil, bromista, congraciadora, evasiva, etc.

4.4.3 Motivo de la consulta:

En este inciso se escribe de manera resumida los síntomas generales, los motivos principales o conflictos que lo llevaron a la consulta inicial.

El hoy del paciente es una introducción a la problemática o conflictos básico del paciente que responden a las preguntas:¿qué le pasa al paciente?, ¿exactamente por qué acude el paciente a buscar ayuda terapéutica? o ¿quién lo motivo?, ¿cuáles son las razones y circunstancias que actualmente él creé que generaron el conflicto o problema?.

Este inciso nos permite valorar el grado de conciencia de enfermedad que tiene el paciente, dato muy útil para ponderar la constancia y permanencia en su posible tratamiento.

4.4.4 Antecedente del problema:

Este apartado es una continuación del anterior, aquí se busca responder a preguntas como: ¿desde cuándo le pasa?, ¿cómo se fue generando el problema actual?, ¿qué pasó para que llegara a la situación actual?, ¿periodicidad con la que se presenta?.

Se hará un relato en forma cronológica, dentro de la posible, cómo y bajo que circunstancias comenzaron y se desarrollaron los problemas del paciente.

La fecha de inicio, orden de aparición, las circunstancias en que aparecieron, los factores desencadenantes o predisponentes, su curso y evolución. Describir posible medicación.

Es importante anotar cómo era su personalidad antes del problema, y cómo el problema ha afectado actualmente las actividades cotidianas y las relaciones personales del paciente.

Reunir brevemente las consultas o tratamientos que haya tenido con otros especialistas o instituciones, así como los resultados y su opinión respecto a estos contactos.
Por último hay que intentar responder a las preguntas ¿por qué viene ahora? Y ¿por qué conmigo?

4.4.5 Historia familiar:

Este apartado es fundamental para la elaboración de la psicodinamia pues aquí se anotan datos de sus relaciones con sus objetos que son fuente y génesis de los conflictos y problemas actuales del paciente.

Aquí se describe las características de los padres, hermanos, abuelos, tíos y otras personas o parientes significativos a lo largo de la vida del paciente. Así como el tipo de relación establecida con ellos hay que percatarse del clima familiar presente, en el momento en que se inicia la vida del paciente, así como los antecedentes positivos y negativo de la familia que condicionaron la evolución del paciente.

Las actitudes de los padres hacia el sexo, trabajo, enfermedad, religión, educación, ambición, dinero, independencia, actitudes de los padres, el manejo familiar de los afectos, etc.

El entorno social, económico, cultural (tradiciones, costumbres, hábitos) religión, en los que se desarrollo el paciente.

Los antecedentes patológicos hereditarios o padecimientos específicos, fallecimientos.

Psicopatias: como infidelidades, suicidios, divorcios.

Para fines prácticos el desglose de los datos de ese apartado se puede hacer por cada figura relevante, ejemplo: (tomando como base las líneas de información mencionadas).

La madre:

Anotar su edad, su ocupación, su estado de salud, mental y física, los principales rasgos de su personalidad, los datos más relevantes de su historia familiar y personal, la manera como se relacionó con el paciente en la infancia y en los periodos subsecuentes. Anotar si hubo periodos de separación temporal durante la infancia del paciente, su duración y las circunstancias en que se llevaron a cabo. Si la madre murió, anotar la causa de su muerte y cuándo ocurrió así como el efecto que tuvo en el paciente.

El padre:

Anotar los mismos datos que en el inciso de la madre. Además es importante escribir con detalle las características de su ocupación.

Hermanos:

Menciona su nombre, edad, el orden cronológico de nacimiento, su estado civil, profesión, ocupación. Rasgos predominantes de su personalidad, enfermedades importantes que hayan padecido. Relatar la relación que guardan con el paciente tanto en la infancia como en la actualidad. Si hay hermanos fallecidos anotar causas y fechas de su muerte.

Otros familiares:

Anotar datos significativos del abuelo, tíos, padrastros, etc. que hayan convivido estrechamente con el paciente ya sea en el núcleo familiar o que influyeron en este o todas aquellas figuras significativas en la vida del paciente (maestros, vecinos, amigos, etc.)

Nota: Se recomienda el uso de familiograma que nos permite de una manera gráfica visualizar toda la constelación familiar.

4.4.6 Historia Personal:

Aunque con fines descriptivos se divide la historia familiar de la personal en la práctica, ambas se encuentran entrelazadas.

En este apartado se escribe los eventos significativos de la vida del paciente para ello se divide cronológicamente por etapas:

Nota: La información que debe ser depositada en cada apartado la debe ponderar el redactor de la historia clínica. A continuación sólo se ofrece una guía de posibles datos a considerar y no se tomaría como un machote a seguir.

- **Historia del parto y embarazo:** Es preciso explorar desde el momento de la concepción, situaciones y condiciones que prevalecieron, aceptación o rechazo del embarazo, vicisitudes a lo largo de este; el parto y las condiciones de el nacimiento.

- **Etapa postnatal (0-2 años):** Datos sobre lactancia, hábitos alimentarios (problemas en el comer), destete, desarrollo inicial (andar, hablar, dentición), desarrollo del lenguaje, desarrollo motor, signos de necesidades no satisfechas, pautas de sueño, constancia de objetos, ansiedad ante personas extrañas, ansiedad ante la separación. Entrenamiento del control de esfínteres: edad, actitud de los padres, sentimientos con respecto a esto. Enfermedades.

- **Primera infancia (3-6 años):** Datos sobre su actitud hacia los hermanos, los padres y los extraños problemas de comportamiento: succión del pulgar berrinches, tics, cabezazos, terrores nocturnos, miedos, sueños o fantasías primitivas o recurrentes. Enuresis y encopresis o nicofacia, masturbación. Personalidad infantil: vergonzoso, inquieto, hiperactivo, retraído, abierto, tímido, amigable, atlético, pausa de juego, respuestas hacia el nacimiento de otros hermanos. Primera historia escolar: sentimientos ante el hecho de ir a la escuela, adaptación inicial.

- **Segunda infancia (7 a 11 años):** Datos sobre su actitud a la disciplina externa, la evolución de aptitudes psicológicas como su atención, memoria, imaginación, memoria, cómo fue organizando sus sentimientos sociales, morales, religiosos, estéticos. Su orientación hacia el juego, los deportes.

- **Adolescencia (12 a 21 años):** como vivió la crisis de esta etapa, episodios de rebelión o sumisión excesiva, conflictos entre la dependencia e independencia, como se torna su comportamiento (inestable, desequilibrado, imprevisible, hiperactivo, depresivo) crisis de identidad personal (figuras idealizadas y odiadas), relación con la familia, amigos, autoridad, pareja (noviazgos), experiencias críticas, uso y abuso de drogas, alcohol. Sus intereses sociales e intelectuales, elección de carrera.

- **Juventud (22 a 30 años):** datos sobre la necesidad de definir su vida (crisis existencial). Elección de ocupación, formación, pareja. Sentimientos de ansiedad, intereses sociales, intelectuales, económico, político-historia matrimonial si la hay (edad, condiciones y circunstancias en las que se casó, edad, ocupación, rasgos de la personalidad de su cónyuge). Si hay divorcios, separaciones, soltería indicas las circunstancias y conflictos de estos. Ejercicio de la paternidad y maternidad, embarazos, abortos de funciones. Nombre, edad y número de hijos, relación con estos, formas de educarlos.

- **Madurez (31 a 50 años):** datos sobre su estilo de vida, desempeño, profesional, laboral, actividad social. Frustración ante metas no

realizadas o alcanzadas. Interés de tipo económico. Satisfacciones e insatisfacciones, sentimientos de culpa.

- **Vejez (50 años en adelante):** datos sobre la disminución de ciertas facultades como la memoria, la sensibilidad, la coordinación motora. Jubilación, problemas de desocupación, productividad. Problema ante el nido vacío, menopausia, andropausia, enfermedades crónicas.

4.4.7 Pautas de ajuste a la vida adulta

Se entiende por ajuste (Sperling, 1981) a la forma en que una persona llega a relacionarse efectivamente con su medio ambiente. Un buen ajuste es el que logra satisfacer simultáneamente los motivos de subsistencia, social y de ideas elevados por medio de comportamiento efectivo en el mundo real.

Nota: Es importante que en este apartado no se repita la información ya expuesta, sólo se debe reportar su ajuste a las situaciones que tienen relación con su padecimiento actual.

Este apartado está subdividido en áreas o situaciones en las que el sujeto funciona, se desarrolla y se ajusta en la actualidad, así tenemos:

a) **Ajuste Familiar:** Si aún vive en su núcleo familiar primario hay que especificar cómo son las relaciones con los padres y hermanos, entre los padres y los padres con los demás hermanos. Y si ha formado una familia cómo es su relación con su pareja e hijos.

   Datos sobre el ambiente que impera: incomprensión, conflictos, normas morales, sociales, religiosas. Si hay abandono, sobreprotección. Y cómo se adapta el paciente a tales situaciones: aislamiento, conducta impulsiva, berrinches, fuga, etc.

b) **Ajuste Vocacional:** Datos acerca de su trayectoria escolar, logros, fracasos, desempeño, su actitud y relación con compañeros, maestros, institución.

c) **Ajuste de trabajo:** Constancia, permanencia, puntualidad, ausentismo, en general cómo es su desempeño laboral. Cómo es su relación con compañeros, subalternos y jefes.

d) **Ajuste social:** Anotar lo referente a sus relaciones interpersonales: constancia, profundidad, preferencia, influencia, liderazgo, etc.

e) **Ajuste sexual:** Aquí se hará una descripción de su desarrollo psiosexual:

- Curiosidad y fantasías tempranas, masturbación infantil, juegos sexuales, primeras informaciones y actitudes que tomo en el conocimiento de las mismas.

- Comienzo de la pubertad, sentimientos con respecto a esto. Tipo de preparación, aparición de los caracteres sexuales secundarios, presentación de la menstruación. Actividad sexual, durante la adolescencia: tocamientos, caricias, masturbación, sueños húmedos y su actitud hacia ellos. Actitudes hacia el sexo opuesto: tímido, vergonzoso, agresivo, seductor, conquistas sexuales, ansiedad. Primer contacto sexual, persona con la que se realizó, en que condiciones y que impresión causo.

- Prácticas sexuales: problemas sexuales, experiencias homosexuales, parafilias, promiscuidad. Tipo de sexualidad en sus noviazgos.

- Si es una persona casada, se preguntará el grado de ajuste sexual obtenido durante la vida matrimonial: frecuencia de las relaciones, grado de satisfacción si toma un papel activo o pasivo. Perversiones o desviaciones de tipo sexual; alteraciones de la situación matrimonial: frigidez, impotencia, exacerbación del deseo sexual, adulterio, celotipia, etc.

- Finalmente, la actitud del paciente ante el término de la etapa procreativa (menopausia, andropausia) y la repercusión que tiene en su sexualidad.

4.4.8 Examen mental

4.4.9 Diagnóstico clínico

Nota: Estos dos últimos incisos serán abordados en el siguiente capítulo.

Importante:

La historia clínica debe ser redactada en una forma descriptiva y lo más objetivo posible.

Relatando textualmente lo que se escucha y se observa de la vida del paciente. Hay que poner entre comillas las frases o palabras dichas por el paciente.

Hay que evitar el uso de adjetivos calificativos, conceptos vagos e interpretaciones por parte del terapeuta.

Si se hace referencia de algún afecto, conducta o actitud expresada por el paciente, se debe acompañar de una pequeña descripción de ello.

CAPITULO 5: EXAMEN MENTAL Y DIAGNÓSTICO CLÍNICO

5.1 EXAMEN MENTAL Y SU CAMPO:

Comúnmente también llamado examen psiquiátrico. Solomon y Patch (1976) definen: "El examen psiquiátrico investiga las anomalías en el pensamiento, sentimiento y conducta. Estos registran en el instrumento examinador, la mente del médico, la cual debe de mantenerse alerta y sensitiva, al igual que se pueden entrelazar los diferentes elementos del examen neurológico con el examen físico rutinario, así se puede incorporar una gran cantidad del examen psiquiátrico en forma habitual en la formación de la historia clínica común y corriente".

Kolb (1976): "Un examen psiquiátrico debe incluir una cuidadosa exploración física y neurológica junto con todas las pruebas de laboratorio que estén indicadas". Parecería que el profesionista mas indicado para realizar este examen es el médico con especialización en psiquiatría.

Para Menninger (1952) "El examen es el registro cuidadoso de la forma en que el sujeto percibe el mundo externo; qué tan correctamente constata la realidad, qué tan apropiadas son sus respuestas emocionales, qué tan efectivamente organiza sus actos para alcanzar una meta determinada, nos proporciona un cuadro coherente de su funcionamiento psicológico".

Después de esta definición parecería que el más indicado para evaluar el estado mental de un paciente es el psicólogo.

Esta vieja polémica entre el campo de la psicología y psiquiatría, debe tener su fin en la comprensión holística del hombre, en el entendimiento de que las funciones psíquica y somáticas no se dan separadas, forman patrones de interacción dinámica inextricablemente unidos entre sí. Por lo tanto el profesional mas apto para una evaluación mental será el que tenga una formación más hólistica en la comprensión del comportamiento humano.

5.2 EXAMEN MENTAL SU DEFINICIÓN Y ESQUEMA:

Velasco (1996) el examen mental incluye los datos observados durante el curso de la entrevista, sobre la conducta en general, actividad motora, habla, estado de ánimo, alerta, ideas, actitudes y respuestas del paciente. Lo que nos permite hacer una evaluación de su funcionamiento mental: de cómo el paciente se relaciona con el mundo externo y qué tan correctamente constata la realidad. Todo ello nos permite establecer el grado de desorganización, alteración, disfunción o conservación que presenta el estado mental del paciente.

Bajo el encabezado de examen mental se incluye el estudio y evaluación de las siguientes funciones mentales:

EXAMEN MENTAL (Esquema)

- *Funciones senso-perceptivas*
- *Proceso de pensamiento*
- *Funciones intelectuales*
- *Memoria*
- *Funciones de la conciencia*

- *Emoción o afectos*

- *Motivación*

- *Otros estudios*

5.3 EXAMEN MENTAL Y SU METODOLOGÍA:

Cabe aclarar que las funciones mentales no se dan por separado; y el dividirlas responde solo a fines didácticos de sistematización.

A continuación se expone en forma compendiada la metodología sugerida básicamente por Díaz (1989) y Velasco (1996).

5.3.1 Funciones senso-perceptivas:

Para Díaz (1989) la percepción está constituida por la integración de los estímulos sensoriales, para formar una imagen, cuya configuración e interpretación tiene que ver con las experiencias pasadas.

Para una percepción adecuada, resulta imprescindible el correcto funcionamiento de los órganos de los sentidos (vista, oído, gusto, olfato, tacto) y de las vías neurológicas correspondientes. Sin embargo, estas mismas funciones pueden ser afectadas por la existencia de conflictos psíquicos, que

dan por resultado igualmente: ceguera, micropsia, macropsia, sordera, anestesias, anosmias y ageusias, hiperestesias y parestesias.

Entre estas alteraciones perceptivas tenemos:

- **Las ilusiones.-** que son percepciones deformadas, constituidas por la mezcla de la fantasía con el objeto realmente percibido, pueden presentarse cuando existen trastornos orgánicos de la atención y la percepción, como en los casos de delirium tremens (por intoxicación alcohólica), en intoxicaciones, traumatismos y padecimientos psicógenos.

- **Las alucinaciones.**- son percepciones en ausencia de objetos externos que las provoquen. Pueden ir desde la percepción de ruidos, zumbidos, piquetes, "corriente eléctrica" en diversas partes del cuerpo, olores, sabores y colores hasta la de frases y escenas completas.

- **La despersonalización y desrealización.**- sentimientos extremos de separación de uno mismo o del entorno.

En general en este rubro hay que reportar si existe un funcionamiento adecuado o que alteraciones se presentan.

5.3.2 Proceso de pensamiento:

En este apartado se evaluara las posibles alteraciones en el curso y contenido del pensamiento:

- Curso de pensamiento:

a) Productividad: superabundancia de ideas, escasez de ideas, fuga de ideas, pensamiento rápido, pensamiento lento o retardado, pensamiento dubitativo; especificar si el paciente habla espontáneamente o sólo cuando se hacen preguntas.

b) Continuidad de pensamiento: si el paciente responde realmente a las preguntas formuladas; si estas respuestas están dirigidas a fines y son relevantes o irrelevantes (prolijidad), si hay asociaciones libres; si hay falta de relaciones de causa-efecto en las explicaciones del paciente; si son sus afirmaciones ilógicas, tangenciales, circunstanciales, vagas, evasivas, perseverantes, si hay bloqueo o distracción, lógica autista o paralógica.

c) Alteraciones del lenguaje: alteraciones que reflejan una ideación desordenada, tales como habla incoherente o incomprensible (ensalada

de palabras), asociaciones sonoras, neologismos, ecolalia, estereotípias verbales.

- Contenido del pensamiento:

a) Preocupaciones: sobre la enfermedad, los problemas ambientales, impulsos antisociales, obsesiones, compulsiones, fobias, planes, intenciones, ideas recurrentes de suicidio (preguntar sobre esta ideación) homicidio, síntomas hipocondríacos. Ideas dominantes o hipervaloradas.

b) Trastornos del pensamiento: las ideas delirantes son conceptos equivocados, patológicos y resistentes a la argumentación lógica. El delirio es un conjunto de ideas delirantes que pueden estar sistematizados o no. Estos pueden ser: delirios somático, delirios congruentes con el estado de ánimo, delirios incongruentes con el estado de anímico del paciente, delirios extraños (como ideas de ser controlado por fuerzas o ideas extrañas que se reciben en voz alta). El contenido de los delirios puede resumirse en términos de persecución, celos, grandeza, erotomanía, misticismo, hipocondría, nihilismo, pobreza, etc. Hay que informar sobre su organización, las convicciones del paciente sobre su validez, y cómo afectan estos a su vida.

c) Ideas de referencia e ideas de influencia: como empezaron, su contenido y el significado que el paciente le atribuye.

5.3.3 Funciones intelectuales:

Díaz (1989) la inteligencia es la capacidad de adaptar el pensamiento a las necesidades del momento presente; facilita el pensar y actuar racional y lógicamente incluye una serie de componentes y procesos mentales, como rapidez en la producción y exactitud del pensamiento, riqueza y complejidad del contenido del mismo; y la habilidad para manipular pensamientos y objetos. Hay que hacer una estimación de la capacidad intelectual del paciente. (superior, normal, baja).

La historia del paciente (el nivel de educación formal, logros académicos) y la forma como se comporta en la entrevista, en relación a la comprensión de las preguntas del entrevistador y las respuestas a estas, así como las dotes y habilidades especiales (sociales, científicas, artísticas) aportan datos que nos permiten evaluar el nivel intelectual del paciente.

Hay que evaluar el grado de atención y concentración también la capacidad de abstracción que consiste en la posibilidad de establecer categorías con un

grado cada vez mayor de generalización, rango que abarca desde la formación de clasificaciones, hasta la formulación de principios y leyes.

En términos generales la inteligencia normal tiene una abstracción adecuada, mientras que su disminución o concretismo se presentan en la debilidad mental.

Evaluar el juicio y se entiende por éste la habilidad para usar todos los recursos intelectuales en la solución constructiva de los problemas que se deben enfrentar.

- Juicio social: manifestaciones sutiles de conducta perjudicial para el paciente y contrarias a la conducta aceptada en su cultura.
- Juicio de prueba: predicción del paciente sobre lo que había en una situación imaginaria.
- Evaluar el control de impulsos del paciente (agresivos, sexuales, amorosos)
- Evaluar el grado de INSIGHT sobre la conciencia y comprensión que el paciente tiene de que está enfermo. (desde la negación total, la conciencia ligera hasta la conciencia intelectual y emocional de su enfermedad).

5.3.4 Memoria:

Para Díaz (1989) es la capacidad para fijar, conservar y evocar experiencias.

Evaluar como funciona:

- Su memoria remota: datos de la infancia, acontecimientos importantes de su pasado, problemas personales y generales.

- Su memoria del pasado reciente: datos sobre los últimos meses o hasta dos años anteriores a la edad actual del paciente.

- Su memoria reciente: los últimos días ejemplo que hizo el paciente ayer. Incluye también su retención inmediata como la capacidad de recordar cifras, datos, palabras, etc.

Registrar posibles alteraciones en la pérdida o disminución de la memoria como: amnesia (retrograda o anterógrada). Paramnesis (falsificación retrospectiva, la confabulación y los recursos encubridores).

5.3.5 Funciones de la conciencia

Nos dice Díaz (1987) que la conciencia es la propiedad de percatarse de sí mismos y del medio ambiente. Para su funcionamiento adecuado es imprescindible que la atención, percepción, pensamiento y memoria sean normales.

- **La orientación**, elemento de la conciencia es la capacidad de precisar datos sobre nuestra situación real en el ambiente y sobre nosotros mismos. Abarca la orientación:

  a) Tiempo: si el paciente identifica correctamente la fecha, si puede decir aproximadamente la hora del día (¿en que día, mes y año estamos?)
  b) Lugar: si sabe o no sabe dónde está (¿dónde está ahora? ¿qué lugar es éste?).
  c) Espacial: si la persona tiene idea exacta de las proporciones y distribución de los objetos que tiene ante su vista.
  d) Persona: si sabe o no quién es el examinador, si conoce los roles y nombres de las personas con las que está en contacto. (¿quién es usted? ¿quién soy yo?)

Ver trastornos en la identidad del yo, la despersonalización, del esquema corporal. Hay que evaluar su atención (capacidad de concentrar la actividad psíquica sobre un determinado objeto, o parte del campo perceptual).

Si el paciente esta poco alerta, hiperalerta, distraido, algunos alteraciones de los estados de conciencia son:

Sopor: cuando solo hay atención frente a estímulos intensos cuyo grado máximo es la coma.

Obnubilación: cuando el individuo se percibe a sí mismo y al mundo externo en forma confusa y borrosa.

Confusión mental: el sujeto no es capaz de diferenciar la realidad de sus fantasías, ilusiones y alucinaciones.

Estados crepusculares: se describen en términos de "estrechamiento" en el campo de la conciencia.

Estados oniroides: el paciente esta desorientado en tiempo y espacio, es incapaz de distinguir entre sus imágenes mentales y sus percepciones.

5.3.6 Emociones o afecto:

Hay que evaluar en general el estado de ánimo del paciente:

- Humor (emoción duradera y sostenida que matiza la percepción que el paciente tiene del mundo): cómo dice que se siente el paciente; profundidad, intensidad, duración y flucuaciones del humor: deprimido, desesperado, irritable, ansioso, asustado, enfadado, eufórico, vacío, culpable, ilusorio, fútil, autodespreciativo, etc.

- Expresión afectiva: cómo evalúa el examinador el afecto del paciente: amplio, restringido, deprimido, plano o borroso, superficial, anhedónico, lábil, constricto, temeroso, ansioso, culposo, etc. Evaluar la dificultad para iniciar, sostener o terminar la respuesta emocional.

- Adecuación: valorar si la expresión emocional es adecuada al contenido de pensamiento, a la cultura y al lugar del examen. Tratar de constatar si el paciente esta expresando sus verdaderos sentimientos.

5.3.7 Motivación:

En forma general hay que evaluar su disposición para el tratamiento.

* Por último hay que anexar otros estudios diagnósticos que se hayan realizado.

    A. Examen físico
    B. Entrevistas adicionales (a familiares, amigos, vecinos, etc.)
    C. Tests psicológicos
    D. Estudios especializados (electroencefalograma, tomografía, pruebas de laboratorio, etc.)

5.4 CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA:

El cuadro biográfico de la persona, obtenido a través de la historia clínica, junto con el examen mental, efectuado según las indicaciones anteriores, sirven como guía en la búsqueda de signos y síntomas de trastorno en la personalidad, permitiendo al examinador determinar el carácter de los patrones reactivos del paciente así finalmente se anota y se clasifica, según la nomenclatura clínica aceptada (American Psychiatic Associatión) el diagnóstico clínico que le pertenece al paciente en turno (Kolb, 1976).

- Para realizar la clasificación diagnóstica se puede utilizar algún sistema, el mas usado en la actualidad es el DSM-IV, (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1994), de la American Psychiatric Association: Nomenclatura, número de clasificación. El DSM-IV, utiliza un esquema de clasificación multiaxial compuesto por cinco ejes que debe cubrirse cada uno de ellos en el diagnóstico.

    A. *Eje I.* Abarca todos los síndromes clínicos (trastornos afectivos, esquizofrenia, trastorno por ansiedad generalizada).

    B. *Eje II.* Abarca todo los trastornos de la personalidad y los trastornos específicos del desarrollo.

C. *Eje III.* Se refiere a cualquier enfermedad médica o física existente (epilepsia, enfermedad cardiovascular, enfermedad gastrointestinal).

D. *Eje IV.* Se refiere a los focos psicosociales de estrés (divorcio, traumatismos, muerte de un ser querido) relevantes para la enfermedad en cuestión; se utiliza una escala de puntuación con un continuo de 1 (funcionamiento superior) a 7 (grave alteración del funcionamiento).

E. *Eje V.* Se relaciona con el mejor nivel de funcionamiento del paciente durante el año anterior (funcionamiento social y profesional, actividades de ocio); se utiliza una escala de puntuación que va de 1 (funcionamiento superior) a 7 (grave alteración del funcionamiento.

- Otro sistema es la clasificación internacional de enfermedades mentales de la OMS (ICD-10).

5.5 DIFERENCIA ENTRE DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y PSICODINÁMICO:

La psiquiatría se ocupa de la fenomenología y del estudio de los fenómenos mentales. Los psiquiatras deben aprender a ser maestros de la observación

precisa y de la descripción evocada: el aprendizaje de dichas habilidades conlleva el aprendizaje de un nuevo lenguaje. Parte del lenguaje en psiquiatría implica el reconocimiento y la definición de los signos y síntomas emocionales y comportamentales. Los *signos* son los hallazgos objetivos observados por el médico (p. ej. constricción del afecto o retraso psicomotor); los *síntomas* son las experiencias subjetivas descritas por el paciente (p. ej. Descenso del humor, o disminución de la energía). Un *síndrome* es un grupo de signos y síntomas que aparecen juntos como una condición reconocible que puede ser mucho menos específica que un trastorno o una enfermedad claramente definidos.

La mayoría de los padecimientos psiquiátricos son, de hecho, síndromes. El convertirse en un experto en el reconocimiento de signos y síntomas específicos permite al clínico comunicarse de manera comprensible con otros médicos, realizar un diagnóstico clínico preciso DSM-IV, (1994).

El problema estriba en que el diagnóstico clínico es de tipo descriptivo y se centra más en los síntomas y en la conducta observable.
Otro problema en la psiquiatría ha sido el establecer diagnósticos diferenciales sobre todo con los pacientes que no encajan en alguna de las categorías de enfermedad mental como la psicosis o neurosis, esto sucede por ejemplo con los trastornos límite de la personalidad y los narcisistas.

En cambio el diagnóstico psicodinámico busca la comprensión de las fuerzas que habitualmente actúan en la producción del trastorno del paciente y las presiones ambientales y las presiones internas (impulsos, propósitos, motivos, angustias) que explican los síntomas, los problemas del carácter y la perturbación de las relaciones inerprersonales (Alexander, 1987).

Por ello el diagnóstico psicodinámico es más explicativo que el clínico, pues busca un entendimiento de las características estructurales intrapsíquicas de los pacientes, lo que permite establecer un diagnóstico diferencial más profundo.

Díaz (1989) afirma que los fenómenos psíquicos son resultado de un conflicto entre fuerzas psíquicas opuestas, por lo que su explicación es psicodinámica.

Coderch (1990) dice que los síntomas son una tentativa de curación, un proceso defensivo y adaptativo que tiene una causa y un significado susceptible de una explicación y comprensión psicodinámica.

Estos dos diagnósticos no están peleados entre sí, son complementarios, además el considerar a ambos, mejora y amplia la precisión del diagnóstico.

5.6 DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL:

Un ejemplo de diagnóstico psicodinámico es el modelo de "diagnóstico estructural" de Kernberg (1987). Propone que el diagnóstico estructural tiene ciertas ventajas sobre el clínico, especialmente con los pacientes que no encajan con facilidad en algunas de las principales categorías de enfermedades psicóticas o neuróticas. Permitiendo un diagnóstico diferencial entre la patología de carácter límite y narcisista con la patología neurótica y psicótica.

"Estos tipos de organización neurótica, límite y psicótica se reflejan en las características predominantes del paciente, particularmente respecto a (1) Su grado de integración de la identidad, (2) los tipos de operaciones defensivas que habitualmente emplea, y (3) su capacidad para la prueba de realidad. Propongo que la estructura de la personalidad neurótica, en contraste con las estructuras límite y psicóticas, implicas se encuentran en pacientes que muestran una predominancia de operaciones defensivas primitivas que se centran en el mecanismo de escisión. La prueba de realidad se conserva en la organización neurótica o límite pero está gravemente deteriorada en la psicótica. Estos criterios estructurales pueden complementar las descripciones ordinarias de conducta o fenomenológicas de los pacientes y aumentar la precisión del diagnóstico diferencial de la enfermedad mental, en especial en casos difíciles de clasificar".

En el siguiente cuadro Kernberg (1987) ejemplifica la diferenciación de la personalidad en términos de los tres criterios estructurales de integración de la identidad, operaciones defensivas y prueba de realidad.

Diferenciación de la organización de la personalidad

Criterios Estructurales	Neurótico	Límite	Psicótico
Integración de La identidad	Identidad integrada: imágenes contradictorias del sí mismo y de los demás integradas en concepciones comprensivas		Las representaciones del sí mismo y de los objetos están delimitados pobremente, o de otro modo hay una identidad de delirio

	Representaciones del sí mismo y de los objetos precisamente delimitados		
		Difusión de identidad: aspectos contradictorios del sí mismo y de los demás pobremente integrados y mantenido aparte	
Operaciones Defensivas	Represión y defensas de alto nivel: formación reactiva, aislamiento, anulación, racionalización, intelectualización	Principalmente defensas de escisión y de bajo nivel: idealización primitiva, identificación proyectiva, negación, omnipotencia, devaluación	
	Representaciones del sí mismo y de los objetos precisamente delimitados		Las defensas protegen al paciente de la desintegración y de la fusión sí-mismo/objeto La interpretación conduce a la regresión
Prueba de Realidad	La capacidad de prueba de realidad se preserva: diferenciación del sí-mismo del no-sí-mismo, lo intrapsíquico de los orígenes externos de las percepciones y estímulos		
		Ocurren alteraciones en relación con la realidad y en los sentimientos de la realidad	
	Existe capacidad para evaluar al sí mismo y a los demás en forma realista y con profundidad		La capacidad de prueba de realidad pierde

6.1 DELIMITACIÓN DEL SIGNIFICADO DEL TERMINO:

Kolb (1976). La orientación evolucionista proviene directamente de Charles Darwin y más tarde Herbert Spencer, quienes influyeron en las teorías del neurólogo inglés John H. Jackson (1835-1911) quien elaboró una teoría evolucionista para explicar las funciones del sistema nervioso en estado de salud y en condiciones patológicas.

El mundo científico tuvo su primer contacto con la influencia de los procesos puramente psicológicos sobre los síntomas de una enfermedad. Gracias a Antón Mesmer (1734-1815) quien obtenía curaciones con sólo tocar a sus pacientes. James Braid (1795-1860) aportó una explicación descriptiva del mesmerismo e introdujo el hipnotismo. A. Liebault (1823-1904) aprendió a usar ampliamente el hipnotismo en sus pacientes y fue él quien enseñó la técnica a Jean Martín Charcot (1825-1893): afirmo que "La hipnosis eran manifestaciones de anormalidad y que el estado hipnótico sólo ocurría en individuos histéricos". La fama y sus múltiples publicaciones de Charcot hicieron que muchos vinieran a estudiar con él, entre ellos: Bernheim, Pierre Janet, Sigmund Freud entre otros.

Estos antecedentes históricos dieron paso al nacimiento de las psicoterapias psicodinámicas (primera cognotación que tiene el termino en estudio). Que sustentan que la dificultad emocional o en la personalidad del paciente tiene su origen en ciertas experiencias psicológicas importantes, y que se han desarrollado de acuerdo a ciertos procesos dinámicos que producen trastornos psicológicos, por lo que las psicoterapias psicodinámicas son: los conocimientos cuyo objetivo es comprender las influencias y procesos de maduración psicológicos que determinan la psicopatología.

Una de estas escuelas psicodinámicas es sin duda el psicoanálisis de Freud, teoría que es fundamentalmente psicogenética y evolucionista cuyo objetivo es descubrir los conflictos motivadores que determinan la conducta, ya sea normal o patológica; y que como ninguna otra escuela se aventuró a elaborar un concepto de la estructura y desarrollo de la personalidad.

En el psicoanálisis, el punto de vista psicodinámico considera a los fenómenos psíquicos como la resultante de un conflicto entre fuerzas psíquicas opuestas. En este enfoque implica la existencia de una estructura psíquica de la que emanan y en la que se controlan, canalizan y dirigen aquellas fuerzas. (Díaz, 1989)

Dentro del método psicoanalítico el término psicodinamia es utilizado como un intento de explicación de la perturbación actual de un paciente, en función de

su desarrollo y experiencias vitales, en términos del juego de fuerzas existentes entre sus instancias psíquicas (yo, ello y superyo), influido y moderado por las presiones del mundo externo. (Díaz, 1989)

Una explicación psicodinámica de la sintomatología del paciente nos debe aclarar qué le pasa, cómo le pasa, dónde y por qué le pasa. Auxiliados por todo un marco teórico psicoanalítico.

Esta explicación psicodinámica en el ámbito psicoanalítico ha sido acuñada con el nombre de "psicodinamia" (clave psicodinámica, evaluación psicodinámica, formulación psicodinámica, etc.)

También es conveniente aclarar, como ya se expuso en los capítulos anteriores (III-IV-V) que para llegar a una explicación psicodinámica existen pasos previos como lo es la entrevista, la historia clínica, el examen mental y el diagnóstico clínico, estos pasos previos también se les puede dar un matiz psicodinámico siempre y cuando la forma de preguntar, evaluar y diagnosticar del terapeuta se dirijan a buscar determinadas líneas de desarrollo, que nos expliquen los procesos dinámicos que dieron lugar a conflictos psíquicos que produjeron alguna patología. Esto implica por parte del terapeuta una formación psicoanalítica que debe estar presente en su mente en todo momento durante este proceso.

Entonces podemos hablar de una entrevista psicodinámica, de una historia clínica psicodinámica y de un diagnóstico psicodinámico términos que encontraremos en cierta literatura especializada.

La última aplicación del término psicodinamia la encontramos cuando hablamos de reporte psicodinámico que no es otra cosa que poner por escrito lo que llamamos psicodinámica.

Cuando se escribe la psicodinamia (reporte psicodinámico) el que la elabora se ve obligado a revisar el caso con profundidad y a organizar y resumir la información, lo que redundará en una mejor comprensión del paciente. El no hacerlo se corre el riesgo de que se pierda mucha información o esta se deforme.

6.2 ANTECEDENTES DE MODELOS DE PSICODINAMIAS

Es muy probable que cada instituto o asociación psicoanalítica tenga su propia metodología y modelo para elaborar una psicodinamia.

Pero las publicaciones al respecto son escasas, son pocos los autores que directamente abordan el tema de la psicodinamia, además cada uno de ellos hace hincapié en determinados elementos teóricos, dando así origen a algunos

modelos para la elaboración de una psicodinamia. Expondremos a continuación algunos de ellos.

6.2.1 El modelo de la evaluación metapsicológica de la personalidad de Freud, A. (1991) (perfil adulto)

" I. Motivo de la consulta

Síntomas, ansiedades, inhibiciones, dificultades, anormalidades y fracasos del funcionamiento, *acting out* en el entorno, incapacidad para realizar las potencialidades inherentes, detenimientos del desarrollo que llevan a una estructuración deficitaria del yo y del superyo, etcétera.

Siempre que sea posible, será conveniente discriminar entre las razones manifiestas y latentes por las que el paciente acude a la consulta.

II. Descripción del paciente basada en las impresiones obtenidas directa o indirectamente de la entrevista.

Apariencia personal, estados de ánimo, modales, afectos, actitudes, etcétera.

III. Antecedentes familiares (pasados y presentes) e historia personal.

(Datos proporcionados por el paciente o inferido de otras fuentes.)

IV. Circunstancias ambientales posiblemente significativas.

(Según la evaluación del entrevistador y, si es posible, también del paciente):

h) en relación con el momento de la consulta;
i) en relación con la motivación general de los trastornos, según la evaluación del propio paciente y del entrevistador;
j) en relación con los vínculos entre la patología individual y la familiar, y con su interacción.

V. Determinación de las posiciones de los instintos, del yo y del sueryo.

A. *De los instintos.*

1. *Libido.* Se estudiará y determinará:

a) *Posición de la libido.*

Se describirá la posición actual, en referencia con la posición normal ideal a la que debería haber llegado el paciente; en el caso de mujeres, la posición femenina pasiva; en el caso de hombres, la posición masculina activa, con la mezcla considerada normal en función de la bisexualidad. En el momento de la determinación es importante establecer si se ha alcanzado el nivel óptimo, si se lo ha conservado o si se ha regresado a niveles anteriores. Cuando el paciente no ha llegado a la posición adulta, es preciso determinar la calidad y la cantidad de las interferencias atribuibles a fases previas.

b) *Distribución de la libido.*

i) *Catexia del sí mismo*.

Se indagará si el sí mismo está catectizado y si existe una suficiente carga de narcisismo (primario y secundario) en el cuerpo, el yo y el superyó, que garantice la propia consideración, la autoestima y el bienestar, sin llegar a la sobreestimación. En lo posible se tomará en cuenta la regulación del narcisismo, observando si éste es el resultado de identificaciones, de la dependencia de los objetos, de recursos mágicos, del trabajo, etc. En el adulto, ciertos datos acerca de la carga del sí mismo (self) pueden ser inferidos a partir de factores tales como la apariencia personal del paciente, su modo de vestir, etc. (mientras que, en este sentido, la apariencia personal de un niño refleja más bien la actitud del adulto hacia él).

ii) *Catexia de los objetos* (pasados y presentes, animados e inanimados).

En este caso los trastornos deben ser descritos desde el punto de vista de su causa predominante en una de las siguientes fases: narcisista, de satisfacción de necesidades, de la estabilidad objetal, preedípica, edípica, postedípica y adolescente. Como en rubros anteriores, la evaluación comenzará por el nivel óptimo; es decir, en este caso, el nivel en que los objetos son considerados y tratados como iguales por derecho propio.

Se determinará:

- si el paciente ha sido capaz de elegir su *pareja sexual* y en qué medida esa pareja satisface sus necesidades objetales;
- si ha logrado la actitud necesaria para la *maternidad* o la paternidad y en qué nivel;
- si han sido superados los vínculos edípicos infantiles o si éstos aún ocupan el primer plano;
- qué participación tienen *otras relaciones humanas*, como, por ejemplo, amistades, vinculación con grupos (o evitación de tales vínculos), relaciones de trabajo, etcétera;
- sobre todo, qué participación tienen, por una parte, las catexias objetales heterosexuales y, por la otra, las catexias objetales homosexuales;
- si hay un excesivo retiro de libido del mundo de los objetos reales y si se busca la satisfacción sexual por medio de la masturbación (acompañada de fantasías dirigidas a los objetos);
- en qué medida el paciente está ligado a objetos tales como animales, posesiones, dinero, etc., que actúan como sustitutos o extensiones de vínculos con otros seres humanos.

2. *Agresión.*

Se observará en qué medida la agresión se halla bajo control, mientras al mismo tiempo está puesta al servicio de la personalidad en lo que se refiere a la vida sexual, el trabajo y las actividades sublimatorias.

Se indagarán los datos pertinentes mediante el examen de las defensas contra la agresión. Por lo tanto, ésta debe ser evaluada:

a) cuantitativamente, es decir, de acuerdo con su presencia o ausencia en el cuadro manifiesto;
b) cualitativamente, es decir, de acuerdo con su correspondencia con una determinada posición de la libido;
c) de acuerdo con su dirección o distribución, es decir, hacia el mundo de los objetos (dentro o fuera de la familia), hacia el sí mismo o hacia ambos. En el caso de la agresión dirigida hacia el sí mismo, se determinará si se orienta al cuerpo o, a través del superyo; hacia el yo;
d) de acuerdo con los métodos y actividades defensivas empleados para enfrentarla.

B. *Yo y superyo.*

a) Se examinará y evaluará la integridad o los defectos de los mecanismos yoicos que sirven a la percepción, la memoria, la movilidad, etcétera.
b) Se examinará y evaluará en detalle la eficiencia o las fallas actuales de las funciones yoicas (memoria, prueba de realidad, síntesis, control de

la movilidad, lenguaje, proceso secundario, etc.). En lo posible se comparará su estado actual con su funcionamiento antes del comienzo del trastorno.

c) Se observará si el yo siente el peligro como proveniente del mundo externo, del ello o del superyo y si, por consiguiente, experimenta la ansiedad predominantemente en términos de temor a la aniquilación, angustia de separación, temor a la pérdida de amor, temor a la castración, culpa, etcétera.

d) Se examinará en detalle el estado de la organización defensiva, tomando en cuenta:

- si la defensa es utilizada específicamente contra determinados impulsos, afectos y ansiedades (en cuyo caso éstos deben ser identificados), o de manera más general contra la actividad impulsiva y la satisfacción instintiva como tal;
- si la organización defensiva es madura; es decir, si depende de la estructura superyoica del paciene;
- si ha permanecido inmadura o ha regresado a etapas presuperyoicas; es decir, si el control del ello depende del mundo de los objetos;
- si los mecanismos defensivos predominantes son arcaicos o más evolucionados (por ejemplo negación y proyección en el primer caso, o formación reactiva y sublimación en el segundo);

- si la organización defensiva es equilibrada; en otras palabras, si el yo dispone de toda una gama de los mecanismos importantes o si se limita al empleo excesivo de los más primitivos;
- si las defensas resultan eficaces, en especial para enfrenar la ansiedad, y si producen equilibrio, desequilibrio, labilidad, movilidad, rigidez o formación de síntomas en la estructura.

e) Se detectarán todas las interferencias secundarias de la actividad defensiva con el funcionamiento yoico, que constituyen el precio que el paciente debe pagar por el mantenimiento de su organización defensiva.

f) Se estudiará el estado del superyo en relación con:
- el nivel de estructuración (detenido, deficitario, maduro, etc.);
- sus fuentes (cuando resulten obvias);
- sus funciones (de crítica, de determinación de finalidad y dirección, de satisfacción);
- su eficiencia (respecto del yo y del ello);
- su estabilidad (bajo el impacto de presiones internas y externas);
- el grado de su participación secundaria sexual o agresiva (en el masoquismo, en la melancolía, etc.)

C (A + B). *Reacción de la personalidad total ante determinadas situaciones, demandas, tareas, oportunidades, etcétera.*

El desarrollo instintivo y el desarrollo yoico que, a los fines de la investigación, fueron estudiados separadamente en las secciones anteriores del perfil, son

considerados ahora en términos de su interacción y de su reacción ante situaciones específicas, como, por ejemplo, la actitud global del paciente con respecto a su vida sexual, su éxito o fracaso en el trabajo, su actitud ante responsabilidades sociales o comunitarias; su mayor o menor capacidad para disfrutar de la camaradería, de las relaciones sociales y de los planes habituales de la vida; su vulnerabilidad ante las decepciones, pérdidas, desgracias, fatalidades o cambios ambientales de todo tipo, y su capacidad o incapacidad para soportarlos.

VI. Determinación de los puntos de fijación y de las regresiones

Puesto que se supone que los trastornos del carácter, las neurosis y algunos desórdenes psicóticos –en contraste con las personalidades atípicas se basan en fijaciones a diversos niveles primitivos y en regresiones instintivas a dichos niveles, la ubicación de los puntos de fijación es una de las preocupaciones esenciales del diagnosticador. En el momento del diagnóstico inicial, los mencionados puntos están indicados por:

a) el tipo de las relaciones objetales del paciente, de su actividad instintiva y por la influencia de ambos factores en el funcionamiento yoico, cuando aquéllos se hallan manifiestamente por debajo del nivel adulto;
b) ciertas formas de conducta manifiesta que son características de un determinado paciente y que permiten extraer conclusiones acerca de

los procesos del ello subyacentes, que a pesar de haber sufrido represiones y modificaciones, dejaron una huella inequívoca. El mejor ejemplo es el franco carácter obsesivo, en el que la pulcritud, el orden, la puntualidad, la contención, la previsión excesiva, las dudas, la indecisión, la dilación, etc., revelan la particular dificultad experimentada por el paciente ante los impulsos de la fase sádico-anal, poniendo de manifiesto una fijación en esta fase. De la misma manera otras formas de carácter u otras actitudes son prueba de una fijación a otros niveles o en otras áreas. La exagerada preocupación por la salud, por la seguridad de la pareja, de los hijos, los padres o los hermanos, indican una especial dificultad para enfrentar los deseos de muerte; el temor a los medicamentos y las rarezas en los hábitos alimentarios ponen de manifiesto defensas contra fantasías orales; la timidez revela una defensa contra el exhibicionismo, etc.;

c) las fantasías del paciente. En ocasiones ciertos pacientes adultos están más dispuestos que los niños a hablar de sus fantasías durante el período diagnóstico. Otros datos a este respecto se obtienen mediante los tests de personalidad (naturalmente, en el curso del análisis la fantasía consciente e inconsciente del paciente proporciona la mayor información acerca de momentos patogénicamente importantes de su desarrollo);
d) aquellos síntomas en que las relaciones entre lo superficial y lo profundo se hallan firmemente establecidas, no son susceptibles de

modificación y resultan obvias para el diagnosticador (como, por ejemplo, los síntomas de la neurosis obsesiva con sus conocidos puntos de fijación); por el contrario, los síntomas de causalidad múltiple tales como los accesos de angustia, el insomnio, los vómitos, ciertas formas de cefalea, etc., no brindan una información genética clara en el período de diagnóstico.

VII. Determinación de los conflictos

Al estudiar los conflictos que predominan en la personalidad de un individuo, es posible evaluar:

- el nivel de madurez; es decir, la relativa independencia de la estructura de su personalidad;
- la gravedad del trastorno, si lo hay;
- la intensidad de la terapia requerida para aliviar o eliminar el trastorno.

Desde el punto de vista cualitativo, los conflictos, que deben ser descriptos de manera detallada, pueden ser clasificados como sigue:

a) *Conflictos externos.*

En el adulto, los enfrentamientos directos entre las demandas instintivas y las externas surgen sólo cuando existe un desarrollo deficiente del yo y del superyo. Los conflictos entre la personalidad total y el medio (negativas a adaptarse al ambiente, intentos creativos para modificarlo)

pueden tener lugar en cualquier momento a partir de la adolescencia y no son patógenos.

b) *Conflictos internalizados.*

En el adulto maduro totalmente estructurado, las discordias entre los deseos instintivos y las exigencias externas tienen por mediadores al yo y al superyo y aparecen como conflictos internalizados. En ocasiones tales conflictos son externalizados y surgen entonces bajo la forma de enfrentamientos con el ambiente.

c) *Conflictos internos.*

Entre representantes instintivos incompatibles o insuficientemente fusionados (tales como ambivalencia no resuelta, actividad versus pasividad, masculinidad versus feminidad, etc.).

VIII. Determinación de ciertas características generales que tienen relación con la necesidad de terapia analítica y con las posibilidades de eficacia de ésta

Una visión metapsicológica global del paciente le permitirá al analista evaluar, por una parte, la necesidad de cambios internos que tiene aquél y, por la otra, las posibilidades de producir dichos cambios por medio del tratamiento analítico.

En relación con la necesidad de cambios internos corresponde considerar los siguientes puntos:

- si el ello y el yo del paciente han sido separados de manera demasiado drástica por el empleo excesivo de la represión y si es necesario establecer una mayor comunicación entre ambos;
- si la esfera de influencia del yo ha sido indebidamente restringida por las defensas y necesita ser ampliada;
- si el control del yo sobre los impulsos se halla debilitado por razones que no son de naturaleza defensiva (por deficiencias yoicas, por un núcleo psicótico, etc.) y, en caso de tratarse de deficiencias yoicas, si la mejoría puede depender del efecto fortalecedor que la terapia tiene sobre los recursos del yo;
- si la estructura superyoica es arcaica y, mediante el análisis de sus fuentes, necesita ser reemplazada por una más madura;
- si las energías libidinales y agresivas, o solamente la libido o la agresión, participan de las contracargas, los conflictos y la formación de síntomas y necesitan ser liberadas para su utilización con fines constructivos.

Las siguientes características, actitudes y circunstancias pueden contribuir a una reacción positiva o negativa a la terapia analítica:

En cuanto al aspecto positivo,

- la conciencia por parte del paciente acerca de la naturaleza nociva de su patología, lo cual incluye el deseo de ser curado;
- la capacidad del paciente para la autoobservación y la autocrítica, así como su capacidad para pensar y verbalizar;
- un nivel suficientemene evolucionado en las relaciones objetales del paciente y un monto de libido objetal libre que sea suficiente para establecer una relación transferencial significativa con el analista, relación que deberá servir de alianza terapéutica, soportando los altibajos provocados por las resistencias;
- una adecuada tolerancia a la frustración que permite aceptar las limitaciones que el encuadre transferencial impone a la satisfacción de los deseos;
- un monto suficiente de tolerancia a la tensión, que haga posible soportar el incremento de las ansiedades causado por la aparición de los conflictos y el debilitamiento de las defensas durante el proceso analítico;
- las pruebas que el paciente haya ofrecido anteriormente de su capacidad para perseverar ante las dificultades;
- la existencia (pasada o presente) de sublimaciones establecidas que testimonien la capacidad del paciente para desplazar y neutralizar, así como para aceptar satisfacciones sustitutivas;
- en ausencia de sublimaciones establecidas, la evidencia de un potencial sublimatorio que haya sido inferido de la patología;

- flexibilidad de la libido (como opuesto de adhesividad);
- una visión general optimista y positiva de la vida (como opuesto de un pesimismo invalidante).

En cuanto al aspecto negativo,

- un monto peligrosamente escaso de tolerancia a la frustración y a la ansiedad, asociado con la renuencia a abandonar los beneficios secundarios de la enfermedad;
- el hecho de que la patología del paciente sea parte de un encuadre familiar o profesional patológico, con la consiguiente imposibilidad de modificarla sin causar desequilibrios y trastornos considerables en la situación externa;
- actitudes extremas de autocastigo, autodestrucción y masoquismo que encuentran su satisfacción en la enfermedad y se oponen a la mayoría; en otras palabras, actitudes que provocan reacciones terapéuticas negativas.

6.2.2 El modelo de Coderch, J. (1990)

En su libro "Teoría y Técnica de la Psicoterapia Psicoanalítica", enumera una larga lista de estos elementos que es necesario tomar en cuenta en la formulación diagnóstica de una psicodinamia:

" *a).*- de la fuerza y funcionamiento del yo:

b).- de las relaciones que mantiene el yo con los objetos internos y la de los éstos entre sí*;*

c).- de las ansiedades predominantes y de los mecanismos con los que el yo se defiende de ellas; de la fuerza de las pulsiones eróticas y de las destructivas;

d).- de la manera como el yo satisface los impulsos, deseo y necesidades, a la vez que se adapta a las presiones y demandas externas;

e).- de la severidad y dureza, o tolerancia y benevolencia del superyo;

f).- de los sentidos de culpa;

g).- de las necesidades de castigo;

h).- del tipo de sexualidad;

i).- de la capacidad del paciente para fantasear y verbalizar sus fantasías;

j).- de la existencia en el paciente de una actitud de búsqueda interna, con deseos de hallar una explicación a sus dificultades en su propia mente, o si, por el contrario, necesita darse en todo momento una argumentación de tipo externo, presentándose simplemente a sí mismo como una víctima o producto de las circunstancias, con ceguedad frene a su propio comportamiento y sentimiento;

k).- del tipo de relación que intenta establecer con el terapeuta, como reflejo de las relaciones que mantiene con los objetos internos;

l).- de la capacidad de comprensión interna, o "*insight*", como respuesta a alguna breve y sencilla explicación que pueda ofrecerle el terapeuta frente a determinado aspecto del material expuesto;

m).- de hasta qué punto, en el trato con los otros, predomina la realidad externa de éstos, o si son utilizados principalmente a nivel transferencial, es decir, como reproducciones en el exterior de las imágenes internas;

n).- de la existencia del deseo de comunicar con el terapeuta, de darle a conocer sus sentimientos y fantasías, o, por el contrario, de predominio de la identificación proyectiva no comunicativa, es decir, del intento de invadir y controlar la mente del terapeuta proyectando pensamientos y partes del "*self*" en el interior de éste;

o).- del tipo de fantasías, conscientes e inconscientes, acerca del tratamiento."

Velasco (1996) en su libro "Manual de Técnica Psicoanalítica" nos propone dos modelos, con diferentes enfoques teóricos dentro de marco psicoanalítico:

6.2.3 Modelo de la psicología del yo (Mackinnon y Yudofsky, 1986)

"Una formulación dinámica con el modelo de la psicología del yo describirá la naturaleza de los deseos y miedos inconscientes, las defensas características y los patrones resultantes de inhibición, síntomas o trastornos de carácter durante la vida del individuo. También le dará importancia a los derivados de

los impulsos sexuales y agresivos en la fase edípica, así como los conflictos intrapsíquicos residuales y los compromisos defensivos que determinan la formación de síntomas en el carácter.

El conflicto es la esencia de este modelo; en un diagnóstico de acuerdo con este marco teórico, se identificará los conflictos del paciente con la meta de encontrar un pequeño número de asuntos básicos que corren en el curso de su padecimiento, que pueden ser trazados desde atrás de su historia personal, observando cuáles han sido los intentos para resolver dichos conflictos.

En este modelo, para cada paciente, uno se debería preguntar cuáles son los elementos del conflicto, qué función tienen y sus consecuencias en la vida mental del sujeto (Brenner, 1976).

Este enfoque teórico le da menos importancia a las interacciones interpersonales y a las influencias preedípicas o más tempranas en el desarrollo".

6.2.4 Modelo de las relaciones de objeto (Estrada y Salinas, 1990)

"La clave psicodinámica que se hace siguiendo la teoría de las relaciones de objeto, formada por las aportaciones de muchos pensadores analíticos, considera el desarrollo de las estructuras psíquicas a través de la construcción del niño de representaciones del *self* y objetos (Tyson y Tyson, 1990).

Estas representaciones varían desde las más primitivas y fantásticas, hasta las relativamente realistas; y están asociadas con una amplia variedad de afectos (por ejemplo, enojo, tristeza, sentimiento de seguridad, miedo y placer) o de deseos y fantasías (sexuales de control o de devorar y ser devorado), los impulsos crecientes del niño con sus representaciones, sentimientos contradictorios del *self* y sus objetos tienden a dividirse en imágenes buenas y malas, en este nivel temprano del desarrollo, se puede sentir que se tienen dos madres, una buena gratificante, otra mala frustrante (Klein, 1946).

En un sentido más amplio, esta teoría representa el estudio psicoanalítico de la naturaleza y el origen de las relaciones interpersonales y de la naturaleza y el origen de las estructuras intrapsíquicas que derivan de relaciones internalizadas del pasado (Kernberg, 1976).

Relaciones de objeto (o "relaciones de objeto internalizadas") se refieren no a la relación interpersonal sino a la dimensión intrapsíquica de las experiencias con los otros que son las representaciones mentales del *self* y de los otros y del papel de cada uno de ellos en la interacción (Tyson y Tyson, 1990).

En el individuo más maduro, estas imágenes son integradas en representaciones coherentes del *self* y de los objetos.

Usando este modelo, la formulación psicodinámica se enfoca en la naturaleza de las representaciones del *self* y sus objetos y en los conflictos prominentes entre ellos.

Un énfasis especial se da a las fallas del desarrollo para integrar las varias y contradictorias representaciones del *self* y de los objetos.

El modelo de relaciones del objeto es en especial útil para la formulación del mundo fragmentado de los pacientes psicóticos y limítrofes, quienes se visualizan a sí mismos y a los otros parcialmente, de una manera desintegrada. Sin embargo, el modelo puede ser menos útil para pacientes más sanos, cuyos conflictos pueden ser descritos en términos de la psicología del yo."

6.3 ¿QUÉ ES EL APARATO PSÍQUICO?

El conocimiento de la estructura y funcionamiento del aparato psíquico es una condición necesaria para poder realizar una evaluación psicodinámica.

En el "Manual Clínico de Psicoterapia" Dupont (2000) el autor compilo varios artículos, entre ellos del Dr. Miguel Kolteniuk, el cual, sintetiza la concepción dinámica del aparato psíquico de la siguiente manera:

" - El *aparato psíquico* es una compleja organización funcional diseñada para explicar con cierta coherencia el intrincado mundo de la experiencia subjetiva y la vida mental del ser humano.

- Esta organización se encuentra ubicada en el espacio psíquico, aunque esté estrechamente vinculada con el funcionamiento neuronal.
- El *aparato psíquico* está subdivido en tres localidades: *consciente, preconsciente e inconsciente.* Posee una dimensión simbólica (las *representaciones*) y una dimensión energética (las *pulsiones*).
- Además, está constituido por las instancias (e*llo, yo y superyo*) encargadas de realizar funciones específicas (motivaciones, preceptúales, defensivas y de censura).
- El *aparato psíquico* funciona de dos maneras simultáneas y complementarias: en proceso primario (fabricación imaginaria) y en proceso secundario (pensamiento racional).
- El *aparato psíquico* está gobernado por tres principios: el *principio del placer, el principio de realidad y el principio de Nirvana.*
- Además de sus localidades e instancias, el *aparato psíquico* contiene los *objetos internos*, que determinan los vínculos con los objetos externos y posee estructuras *narcisistas* responsables de la constitución de la autoimagen y de la regulación de la autoestima.
- El *aparato psíquico* pasa por distintas fases de desarrollo que son el resultado de la interacción de los distintos factores medioambientales, sobre las características innatas del individuo. Estas fases resultan ser decisivas para el desarrollo de patologías específicas y han sido descritas por numerosos autores después de Freud (Spitz, Mahler, Jacobson, Winnicott)."

6.4 PROPUESTA DE LOS ELEMENTOS Y CRITERIOS A TOMAR EN CUENTA EN UNA EVALUACIÓN PSICODINÁMICA.

En el tema 6.2 de este capítulo, se expusieron algunos modelos que antecedieron a este trabajo, tales como el de Anna Freud, el de Coderch, el Modelo de la Psicología del Yo, el de las Relaciones de Objeto.

Como ya se había dicho la bibliografía con respecto al tema de psicodinamia es escasa, estos modelos fueron los más significativos que encontramos, en su mayoría cada uno de estos modelos aborda el tema de la Psicodinamia desde el Marco Teórico de la escuela postfreudiana a la que pertenece.

En la actualidad ninguna de las teorías postfreudianas son totalmente homogéneas entre sí. Ni todas sus propuestas pueden ser aceptadas por igual. Además la adhesión a una determinada teoría en detrimento de otra no es cosa fácil, pues no tenemos la certeza absoluta de las ventajas de una teoría sobre otras; y también se sabe que ninguna de ellas resuelve satisfactoriamente todos los problemas.

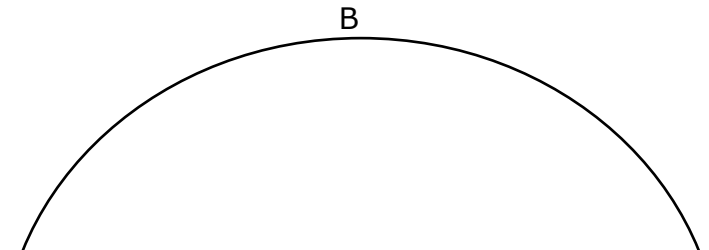
Por ello, hoy en día el psicoanalista en formación cuenta con muchas hipótesis que le permiten enfocar una cantidad de problemas psíquicos con diferentes criterios teóricos. Es decir abordar los mismos hechos clínicos desde marcos referenciales distintos. Lo que obliga al aprendiz a ser como un "políglota", que tiene que retraducir internamente el significado de un mismo dato clínico, visto

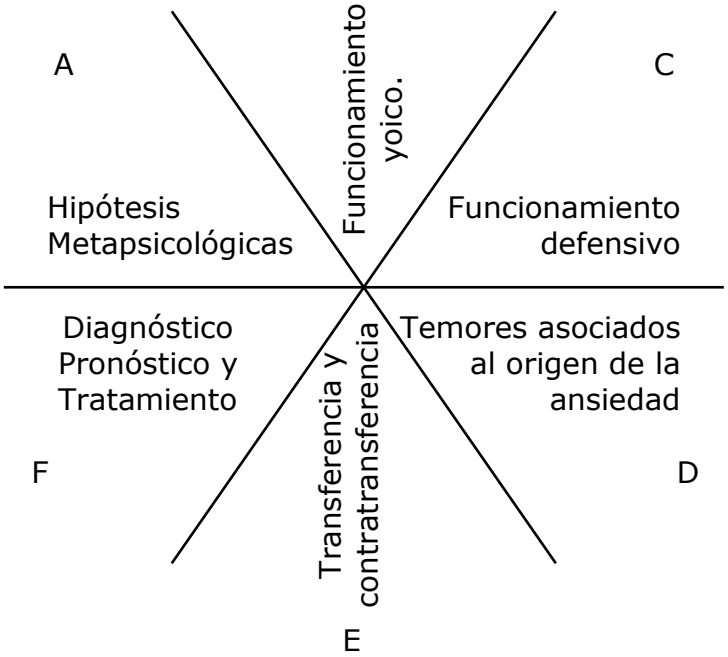
de diversas ópticas teóricas, se tiene que acostumbrar a pensar desde el punto de vista en el que se observa un fenómeno.

Por ello la propuesta de este modelo de psicodinamia, implica la posibilidad de manejar elementos de varios autores con distintos marcos referenciales dentro del psicoanálisis, para explicar un mismo hecho clínico desde diferentes perspectivas, con diversos enfoques teóricos, que requieren distintos niveles de análisis. Todo ello en búsqueda de una comprensión mas abarcativa y profunda de la psicodinamia de un paciente, no se busca una postura ecléctica, solo se pretende aprender a observar y explicar el dato clínico de diversos ángulos y perspectivas como se ha venido reiteradamente repitiendo.

Cabe mencionar que este modelo de psicodinamia propuesto, es el que actualmente se aplica en la Asociación Mexicana de Psicoterapia Psicoanalítica, A.C., el crédito de este trabajo ha sido compendiar los elementos psicodinámicos en este manual con fines didácticos y metodológicos, pretendiendo ser una guía útil y práctica para todo aquel aprendiz que nos iniciamos en una formación de corte psicoanalítica.

En el siguiente diagrama presentamos los elementos que se sugieren tomar en cuenta en una evaluación psicodinámica.





La pregunta fundamental es ¿por qué estos elementos?, creemos que en ellos se encierra lo más fundamental que debemos evaluar en un paciente, es decir:

a) Hipótesis metapsicológicas: Ellas representan el sustento teórico psicoanalítico que fundamenta un diagnóstico. Los teóricos del psicoanálisis en su mayoría están de acuerdo que para comprender un suceso psíquico cabalmente es necesario analizarlo desde estas cinco hipótesis: Dinámica, Económica, Estructural, Genética y Adaptativa.

b) Fundamento yoico: Ofrece una base sistemática para la conceptualización de la analizabilidad de un paciente y de la planeación del posible tratamiento. Permite la evaluación del grado de funcionamiento, integración y coherencia de las funciones yoicas.

c) Funcionamiento defensivo: Nos permite evaluar la ansiedad (origen, fantasías) como motor último de todo comportamiento defensivo.

d) Temores asociados al origen de la ansiedad: Podemos evaluar los temores de un paciente como el resultado de conflictos intrapsíquicos ligados a diversas fases de nuestro desarrollo.

e) Transferencia y contratransferencia: Estas dos herramientas propias del psicoanálisis la distinguen entre infinidad de tipos de terapias existentes en la psicología, ellas permiten el trabajo profundo del inconsciente tanto del paciente como del propio terapeuta, si bien se usan dentro del proceso terapéutico esto no es obstáculo para que el terapeuta pueda ir haciendo desde el inicio sus primeras hipótesis al respecto.

f) Diagnóstico, pronóstico y tratamiento: Los anteriores elementos nos permiten concluir el trabajo psicodinámico con el establecimiento de estos tres rublos. Además nos marcan con que recursos cuenta el paciente y cual es el camino a seguir en su próximo tratamiento así como las posibilidades de éxito de este.

En la parte restante de este capítulo la dedicamos exposición teórica de estos elementos psicodinámicos.

6.4.1 Hipótesis metapsicológicas:

El análisis metapsicológico debe ser tomado primordialmente como uno de los engranajes de cualquier supuesto teórico psicoanalítico que fundamente un diagnóstico.

La metapsicología ha sido definida como una serie de conceptos abstractos que se encuentran entre la teoría clínica construida inductivamente y los supuestos filosóficos en que descansa toda ciencia. Más que su verdad o validez, importa su utilidad y su coherencia interna. Si los nuevos hallazgos empíricos no encuentran cabida dentro de la metapsicología vigente, ésta debe ser revisada. (Gedo y Goldberg, 1980).

Una visión metapsicológica global del paciente le permite al analista evaluar, por una parte, la necesidad de cambios internos que tiene aquél y por la otra la posibilidad de producir dichos cambios por medio del tratamiento. (Freud, A., 1991).

La metapsicología psicoanalítica se refiere al número de supuestos en que se basa el sistema de la teoría psicoanalítica (Rapaport y Gill, 1959).

La labor de Freud sobre la metapsicología no es completa ni sistemática y está dispersa por todos sus escritos. En realidad él sólo formuló explícitamente tres puntos de vista metapsicológicos: el tópico, el dinámico y el económico; el punto de vista genético parecía lógico. Aunque nunca definió el estructural dio a entender que podría remplazar al tópico (Rapaport y Gill, 1959).

Rapaport (1959) es quien viene a sistematizar la metapsicología agrupando las hipótesis en los siguientes puntos de vista: dinámico, económico, estructural, genético y adaptativo.

La mayoría de los teóricos en psicoanálisis está de acuerdo que para comprender un suceso psíquico cabalmente es necesario analizarlo desde estos cinco puntos de vista.

Estas coincidencias metodológicas permiten sugerir que las hipótesis metapsicológicas son un elemento indispensable en la evaluación psicodinámica de un paciente.

Por último, Kuiper (1979) cita a Vander Leeuw quien escribió un artículo: "sobre el desarrollo del concepto de metapsicología":

" La metapsicología es principio ordenador, método de pensamiento, sistema categorial, teoría psicológica, que abarca toda la realidad psíquica. Y finalmente dice: «La metapsicología es, en gran parte, descripción, un lenguaje para trasmitir y comunicar determinadas experiencias, la puesta a prueba de una nueva manera de pensamiento psicológico». Está bien claro que la metapsicología no es mera especulación sobre una máquina psíquica, sino un medio para llegar al *Verständnis*, a la comprensión, a la psicología comprensiva, a fin de hallar nuevas relaciones. Estos puntos de vista metapsicológicos son imprescindibles y hacen posible el estudio sistemático de los procesos psíquicos.

a) El punto de vista dinámico (fuerzas psicológicas en un fenómeno psicológico):
   Se entiende que los fenómenos mentales son resultado de la interacción de fuerzas.

   Freud (1916-7)
   "No queremos limitarnos a describir y clasificar los fenómenos; queremos también concebirlos como indicio de un mecanismo que funciona en nuestra alma y como la manifestación de tendencias que aspiran a un fin definido y laboran unas veces en la misma dirección y otras en direcciones opuestas. Intentamos pues formarnos una concepción dinámica de los fenómenos psíquicos".

Rapaport y Gill, (1959)

¿Cuáles son las fuerzas psicológica implicadas en el fenómeno? ¿Hacia dónde están dirigidas? ¿de qué tamaño son? ¿qué fuerzas psicológicas actúan simultáneamente, sumándose o uniendo sus tendencias? ¿qué pulsiones actúan de manera disociada, sin unirse sus fuerzas, fines u objetos?

Alexander (1978)

"Este punto de vista abarca la comprensión de las fuerzas que habitualmente actúan en la producción del trastorno del paciente, las presiones ambientales y las presiones internas (impulsos, propósitos, motivos, angustias) que explican los síntomas, los problemas del carácter, y la perturbación de las relacione interpersonales. Esencialmente el diagnóstico dinámico de un caso individual consiste en lograr la compresión de las fuerzas en los siguientes grupos: *a)* las fuerzas ambientales que intervienen de un modo efectivo en la precipitación de la reacción o la mantiene en actividad, es decir, factores tales como la pérdida de los objetos amados, el peligro de muerte y mutilación (como en las reacciones de combate), y el efecto de las actitudes neuróticas habituales de un padre hacia el hijo; *b)* las fuerzas internas restrictivas, permisivas, punitivas y normativas (*standard-setting*) que se resumen con el término "superyo"; *c)* los derivados instintivos, las tendencias, impulsos, actitudes inaceptables y fantasías del paciente, denominados el "ello" (incluidos los impulsos

sexuales, hostiles, narcisistas, pasivos y otros; y *d)* los aspectos de la personalidad integradores, sintetizadores, conciliadores, formadores de soluciones y creadores de defensas, denominados el "yo", que está en contacto con el ambiente (mediante la percepción externa y el control de la motilidad) y en contacto con el *ello* y *superyo* mediante una especie de influencia y percepción internas. En cierto sentido, el yo sirve a tres señores –el ello, el superyo y el mundo externo- y al mismo tiempo trata de dominarlos a su vez, la mayoría de las fuerzas que intervienen en tal psicodinámica son inconscientes."

En un sentido amplio los factores "Dinámicos" también son genéticos, pero para fines prácticos se consideran por separado ambos grupos de fuerzas.

b) El punto de vista económico (energía psicológica implicada en un fenómeno psicológico).
Estudiar la intensidad de los impulsos y conflictos es aplicar el punto de vista económico. (Kuiper, (1979)

Freud escribió:
"(el punto de vista) económico... trata de seguir las vicisitudes de las cantidades de excitación y de llegar por lo menos a una apreciación relativa de su magnitud", y el factor económico, si se prefiere cualitativo... está... estrechamente ligado al principio del placer".

Rapaport y Gill, (1959). Sugieren las siguientes suposiciones:

- ¿Qué tipo de energías están involucaradas en el fenómeno?
- ¿A través de qué canales se están descargando las energías?
- ¿Qué fenómenos psicológicos se encuentran bajo el proceso primario?, ¿cuáles bajo el secundario?, ¿qué procesos han seguido una formación de compromiso?
- ¿Qué energías y qué fenómenos han sufrido una neutralización (desexualización, desagresivización) o ligazón?; ¿cuáles energías se observan como libres o desneutralizadas (sexualizadas o resexualizadas, agresivizadas o reagresivizadas).

Para Greenson (1989)

El punto de vista económico concierne a la distribución, la transformación y los gastos de energía psíquica. Y comprende los conceptos como ligazón, neutralización, sexualización, agresivización y sublimación.

c) El punto de vista estructural (estructuras que intervienen el fenómeno psicológico).

El punto de vista estructural supone que el aparato psíquico puede dividirse en varias unidades funcionales duraderas. (Greenson, 1989)

Freud, (1923)

Reemplaza el punto de vista topográfico por el estructural en donde el aparato psíquico esta compuesto por el yo, ello y superyo.

Rapaport y Gill, (1959). Sugieren evaluar las siguientes cuestiones:

- ¿Qué papel están jugando las estructuras psíquicas en el fenómeno psicológico?
- ¿Cuál es la gestación o desarrollo que han ido sufriendo estas estructuras (defensas, procesos, hábitos, etc.)?
- ¿Cuál es el estado de las relaciones (coherencia, integridad intraestructural) de cada estructura hacia el interior de sí misma, y en relación a las otras estructuras (conflictos y relaciones interestructurales)?
- ¿Qué estructuras se encuentran en dominio de otras?, ¿cuáles están gobernando el comportamiento o fenómeno psíquico y cuáles están siendo gobernadas?

d) El punto de vista genético (origen psicológico y desarrollo del fenómeno psíquico).

Greenson (1989)

"A este punto concierne el origen y desarrollo de los fenómenos psíquicos. No sólo trata de cómo el pasado está contenido en el presente, sino también de por qué en ciertos conflictos se adoptó una solución determinada. Estudia los factores biológicos-constitucionales tanto como los experienciales".

Rapaport y Gill, (1959). Sugieren evaluar los siguientes puntos:

- ¿Cuál es el origen y el desarrollo que han sufrido los fenómenos observados (en relación a las fuerzas, energías y estructuras)?
- ¿En qué proporción y combinación (series complementarias) están interviniendo aspectos innatos, experienciales (incluidos los sociales), accidentales en el fenómeno?, ¿de qué manera se potencializan o neutralizan unos a otros?
- ¿Qué formas psicológicas pasadas son importantes actualmente en términos del fenómeno psicológico (regresión, puntos de fijación, regresión patológica, regresión adaptativa)?
- ¿Qué formas psicológicas pasadas se encuentran actualmente presentes –y de qué manera y en qué medida se han combinado- para dar origen a pautas de comportamiento psicológico actuales?

Alexander (1978)

"Con este término se designa la comprensión del origen y desarrollo de la personalidad del paciente y de sus conflictos estables, y la evaluación de las situaciones, experiencias y reacciones que conducen al desarrollo de la constelación dinámica permanente... El punto de vista genético se refiere a la totalidad de las fuerzas incluidas en la génesis y origen de las fuerzas que actúan en un caso dado; tales fuerzas genéticas no son efectivamente hereditarias o constitucionales en una pequeña parte, pero son mucho más el producto de la experiencia de los primeros años de vida y de las

relaciones individuales. Además de mencionar los factores del desarrollo mórbido, hay que incluir en la evaluación los factores genéticos que constituyen la fortaleza psíquica del paciente aquellos que han contribuido a una relativa madurez y de los que se esperan soluciones terapéuticas.

En el Manual de Dupont (2000) Kolteniuk explica:

"El mecanismos básico de la psicopatogénesis puede ser resumida en la siguiente serie causal de fenómenos:

Factores innatos + factores adquiridos → experiencias traumaticas → fijación de las experiencias traumáticas → primera respuesta defensiva del Yo (represión) → actividad inconsciente del trauma → retorno de lo reprimido + compulsión de la repetición → segunda respuesta defensiva del Yo (otros mecanismos de defensa) → formaciones de compromiso (síntomas) → los diferentes cuadros clínicos que estudia la psicopatología".

e) El punto de vista adaptativo (relación con el medio ambiente).

Aunque Freud insinuó, el concepto de adaptación, sólo a través de las teorías de Hartmann y Erikson se demostró la necesidad de una exposición explícita de este punto de vista. (Rapaport y Gill, 1967).

Rapaport y Gill (1967) Sugieren evaluar los siguientes puntos:

- ¿Qué procesos de adaptación están implícitos en el fenómeno estudiado (relación pulsión-objeto, proceso primario-secundario, descarga-defensa, etc.)?
- ¿Cuál es la relación entre adaptación autoplástica y aloplástica (incluidas las relaciones entre angustia tóxica y angustia señal)?
- ¿Cuál es el estado general de adaptación al medio (vía la internalización de las normas de una sociedad en el superyo)?
- ¿Cuál es el grado de interdependencia y mutualidad entre el sujeto y su medio, qué características tiene y cómo se ha ido formando (es decir, de qué manera los procesos psicológicos personales han ido condicionando cambios en el medio, que a su vez han ido condicionando cambios psicológicos en el sujeto)?.

Kuiper (1979) con ocupación de cualquier fenómeno psíquico, debemos hacernos la siguiente pregunta:
¿Cuál es el significado de ese fenómeno para la relación con el mundo exterior?
Además desde el punto de vista de la finalidad, se puede entender por adaptación, entre otras cosas, la actitud más productiva posible con respecto a los propios impulsos.

6.4.2 Funcionamiento yoico

Un segundo elemento a ponderar en una evaluación psicodinámica coincidente en varios autores son las funciones del yo. Pues la evaluación de las funciones yóicas ofrece una base sistemática para la conceptualización de la analizabilidad de un paciente y de la planeación del posible tratamiento.

El papel específico del yo en el proceso analítico, no pudo ser apreciado ni tampoco estudiado antes de que se desarrollara la teoría estructural por Freud (1923), la hipótesis estructural abrió el campo de investigación de la conducta humana en términos más precisos y sistemático. El yo es una compleja organización de procesos psicológicos que actúa como intermediador entre el ello y el mundo externo.

Hartmann (1978) señalo que "el yo es una estructura que se define por sus funciones". Pero, ¿cuáles son estas funciones? Desde 1939 a la fecha se ha realizado numerosos intentos de clarificar estas funciones, y al parecer la explicación más coherente es la de Bellak (1973).
Michaca (1987) conforme a la lista que da Bellak propone tres áreas de funcionamiento yoico de la siguiente manera:

ÁREA DE CONTACTO CON EL MUNDO EXTERNO.

- Prueba de realidad.
- Sentido de realidad del self y del mundo.

- Juicio de realidad.
- Relaciones de objeto.

ÁREA DE CONTROL Y MODULACIÓN DE LOS IMPULSOS

- Regulación Y control de afectos e impulsos.
- Funcionamiento defensivo.
- Regresión adaptativa al servicio del yo.

ÁREA DE MANTENIMIENTO DE LA ESTRUCTURA

- Función sintética-integrativa.
- Funcionamiento autónomo.
- Barrera de estímulos.
- Dominio y competencia.
- Pensamiento.

En base los siguientes autores, Bellak y Banett (1979), Lasky (1992). Michaca (1987), organizaremos la exposición de las funciones del yo en los siguientes rubros: la definición de la función, los requerimientos para un buen funcionamiento, las fallas y la patología que se observan de esta.

6.4.2.1 Área de contacto con el mundo externo:

(Son las funciones que establecen y garantizan el contacto y manejo con la realidad externa).

A) Prueba de realidad

Definición: uno de los componentes principales de la prueba de la realidad, se refiere a la capacidad perceptual y cognitiva de distinguir entre estímulos internos y externos, y la exactitud en la percepción de estos.

Otro componente importante incluye la validación de percepciones intrapersonales e interpersonales, la validación intrapersonal se refiere a checar la información percibida por un sentido, en oposición, comparación aquélla percibida por otros. Y la validación interpersonal, incluye la comparación de las percepciones de uno mismo, en relación con aquellas de los otros.

Un último componente.

Esta capacidad de diferenciar decide:

- Si la idea está basada en una huella mnémica de la realidad.
- Si la estimulación viene de dentro o de fuera del organismo (self-no self).
- Infiere qué causa el estímulo o la sensación.
- Descubre su significado.
- Encuentra la relación adecuada.
- Corrige la idea y el comportamiento.

Requerimientos: (para un buen funcionamiento)

- Atención, memoria juicio (anticipación), exactitud de la percepción.
- Prueba de realidad interna (Insight)
- Prueba de realidad externa (conocimiento de las consecuencias de los actos).
- Conciencia reflexiva: de los conflictos internos, del mundo interior y de las demandas instintuales.

Fallas por:

- Decatectización de los objetos e hipercatectización del yo.
- Funciones del yo usan energía no neutralizada.
- Retraimiento de la libido defensiva para reducir la ansiedad.

Patología: El trastorno principal en esta función es la deformación de la realidad que se observa en distorsiones peceptuales, desorientación en tiempo, lugar y persona, alucinaciones, delusiones, ilusiones, delirios, prejuicios, sugestionabilidad, hipervigilancia.

B) Juicio

Definición: la función del juicio se refiere a la habilidad de darse cuenta de las posibles consecuencias de conductas intentadas o realizadas y esto se refleja en el grado en el que conductas manifiestas revelan tal conocimiento. En este sentido, juicio es una función "social" y "consciente"

que envuelve la capacidad del yo, para apreciar sus intenciones con la realidad externa.

Esta capacidad de anticipar, planear y adecuar las consecuencias de algún comportamiento nos permite:

- Discriminar, decidir si algo es falso o verdadero (si una imagen en particular existe o no en la realidad).
- Capacidad para apreciar los efectos externos de la conducta.
- Habilidad para aprender lo que es apropiado.
- Aprender de experiencias pasadas.
- Evitar accidentes.
- Entender la relación causa-efecto.

Requerimientos:

- Áreas libres de conflicto, sensorio sano.
- Prueba de realidad estable.
- Capacidad de demora.
- Uso de defensas flexibles.
- Inteligencia (lógica)
- Funcionamiento adecua del superyo

Fallas por:

- Percepción incompleta
- Atención insuficiente.

- No control de impulsos (acting-out)
- Interferencia de los derivados instintuales (libidinales y agresivos) y del super yo.

Patología:

- Conducta anti-social (comportamiento inapropiado en relación con las demandas sociales).
- Acting-out (poco control de los impulsos) indecisión.
- Estados tóxicos, rebeldía.
- Cuando se activan fantasías inconscientes o impulsos (enojo, competencia).
- Necesidad de castigo, fracaso, abuso (masoquismo)
- Propensión a los accidentes que ponen en peligro la vida.

C) Sentido de realidad del mundo y del self

Esta función yoica se manifiesta en el grado en que los eventos externos e internos son experimentados como reales y dentro de un contexto familiar, así como en el grado en el que el cuerpo de uno y su funcionamiento es experimentado como familia y perteneciente a uno mismo.

El sentido de realidad esta dinámica y estructuralmente determinado por el grado en que el que un individuo ha dominado su separación e individuación, pues entonces las representaciones del self y del objeto son distintas, (separadas).

La capacidad para sentir si los fenómenos que suceden alrededor son reales o no. Y el sentimiento de lo que pertenece y no, al yo permiten el avalúo de los estados internos como:

- Imagen corporal.
- Representaciones del self, sentido del self e identidad.
- Autoestima (armonía entre las representaciones del self y lo deseado del self).

Requerimientos:

- Imagen corporal, catectización del cuerpo.
- Relaciones objetales satisfactorias (identificaciones adecuadas), constancia objetal.
- Narcisismo normal.
- Prueba de realidad.
- Superyo benévolo.

Fallas por:

- Defensa contra la culpa
- Defensa contra impulsos agresivos
- Defensas contra deseos exhibicionistas

Patología:

- Un mal funcionamiento se detecta en fenómenos hipnagógicos e hipnapómpicos, deja vú.

- Despersonalización (extrañeza de una parte del cuerpo o del self).
- Desrrealizaciones (sentimientos de irrealidad)
- Disociaciones graves (perdidas de referencia en tiempo, lugar y persona).
- No mismidad, no continuidad, sentimiento de fusión.
- Difusión de la identidad o identidad negativa.
- Defectuosa regulación de auto-estima debido a una falla constante de cohesión del concepto de sí. Autoestima mutable (desorden de personalidad narcisista).

D) Relaciones objetales

Definición: esta función implica el grado en la forma y manera de relacionarnos con los demás. También el grado en que percibimos a los demás como una entidad separada, independiente y no como una extensión del self. El grado en que el sujeto puede mantener la constancia del objeto, es decir que soporte la ausencia física del otro sin causarle frustración o ansiedad.

Esta función nos permite evaluar:

- La relación con los objetos (figuras importantes) si son duraderas, profundas, constantes, introyectadas.
- La habilidad para formar vínculos de amistad, con cariño, gusto (con mínimo de hostilidad).

- La habilidad para mantener relaciones con pequeños intercambios mutuos de hostilidad.
- La manera como se han matizado y como han sido influidas las relaciones presentes, con base en las relaciones de la infancia en el pasado.

Requerimientos:

- Integración de las representaciones de objeto (buenas-malas)
- Constancia objetal.
- Diferenciación entre las representaciones del self y objeto.
- Energía neutralizada (capacidad para neutralizar)

Fallas por:

- Cuando en el desarrollo, no se logra la constancia objetal y no se integran las representaciones.

Patología: se observa en:

- Relacione narcisistas (se quiere a alguien como él es o era o quisiera ser).
- Relaciones anaclíticas (dependientes, atraído por alguien que satisface las necesidades propias ligadas a la preservación del self).

- Relaciones simbióticas (no separa el yo del no-yo y revive la ansiedad infantil ante la separación).

6.4.2.2 Área de control y modulación de los impulsos (son aquellas funciones que modulan y permiten la descarga de los impulsos conceptualizados como pertenecientes a otra estructura denominada ello).

A) Regulación y control de impulsos y afectos:

Definición: esta función compromete la habilidad del yo para manejar los impulsos que hacen impacto sobre el. Toma en cuenta la manera como se expresa el impulso, el grado de tolerancia a la frustración y el nivel hacia donde se canalizan los derivados del impulso, ya sea en términos de ideación, de expresión, de afecto y de conducta manifiesta.

Esta función evalúa la efectividad de los mecanismos de control y demora como:

- La habilidad para tolerar ansiedad, depresión, frustración.
- La capacidad para posponer la satisfacción.
- La capacidad para expresar deseos del mundo interior.
- La capacidad para expresar los afectos; estos pueden ser: *intrasistemicos* (dentro de):
  - Ello: excitación sexual, ira, etc.

- Yo: miedo a la realidad, dolor físico, sentimientos mas duraderos.

Requerimientos:

- Principio de realidad vs. Principio de placer.
- Funcionamiento del proceso secundario.
- Señal anticipatoria de ansiedad, culpa (y afectos en general).
- Control de la motilidad.
- Capacidad de identificaciones.
- Capacidad para tolerar la ambivalencia}Reforzamiento del superyo.

Fallas por:

- Conducta impulsiva (por excesiva insatisfacción alimentaría en los primeros meses de vida y como resultado una mala regulación oral de la autoestima.
- Intento de escapar de la negación (reafirmarse contra el peligro por ejemplo: de depresión).
- Miedo a la pérdida del objeto.
- Miedo del anhelo de gratificación instintual.

Patología:

- Un mal funcionamiento dará por resultado poca tolerancia a la frustración.

- Acting-aut (descarga parcial de impulsos desviados, actuar para no recordar, evitar el displacer) impulsividad, irritabilidad, exabruptos violentos (cleptomanía, piromanía, psicopatía, perversiones sexuales)
- Personalidad inadecuada, inestabilidad emocional.
- Excesivo control de impulsos o afectos.

B) Funcionamiento defensivo:

Definición: consideramos éste como una función binaria que incluye el grado en el cual las defensas son exitosas en la reducción de afectos disfóricos, tales como lo son la ansiedad y la depresión. Y el grado en el cual las defensas se convierten en influencias adaptativas o desadaptativas en la ideación, en la conducta y otras funciones del yo.

Interesa la valoración operacional de funcionamiento defensivo. La efectividad con la cual las defensas manejan los impulsos, afectos y la adaptabilidad de la respuesta. Si las defensas han tenido éxito o fracaso en la creación de síntomas para bajar la angustia.

Requerimientos:

- Precursores: funciones autónomas (memoria, umbrales, atención, motilidad).
- Que las defensas sean adaptativas y necesarias para el desarrollo del individuo mientras no sobrepasen la función regulativa y/o estacionen el desarrollo del yo.

- Que las defensas eviten el surgimiento de la ansiedad, que cambien el impulso instintual y que aumenten la capacidad de demora.

Fallas por:

- Rigidización de las defensas (generalizadas y estereotipadas)
- Cuando las defensas sólo funcionan como un proceso de repetición de evitación, para prevenir la ansiedad.
- Sobre uso temprano que provoca distorsión, desviación o defecto del yo.
- Cuando éstas interfieren con otras funciones.
- Alteración regresiva del funcionamiento del yo al servicio de la defensa.

Patología:

- Las perturbaciones a este nivel se observan en la emergencia de materiales inconscientes que provocan ansiedad y pánico extremos, afectando la concentración o memoria.
- Sensación permanente de vulnerabilidad y peligro de fragmentación.
- Aislamiento excesivo como un intento de prevenir la expresión descontrolada del impulso.
- La depresión severa así como la ansiedad excesiva en la que hay una falla en la represión.

C) Regresión adaptativa al servicio del yo (Rasy).

Definición: esta función, primeramente: permite el relajamiento de la agudeza cognoscitiva y de los modos del proceso secundario de pensamiento para facilitar la emergencia de formas de ideación inconscientes y preconscientes más móviles. En un segundo orden, involucra la capacidad yoica para interrumpir y revestir la agresión para poder regresar al pensamiento del proceso primario. El tercer aspecto de esta función es la capacidad del yo para utilizar la regresión de manera adaptativa y produciendo nuevas configuraciones e integraciones creativas

Esta función permite el uso controlado del proceso primario del pensamiento (con fines creativos, ludicos o terapéuticos, etc.) para poder regresar en el momento que se desee al proceso secundario, esto permite percibir con mayor claridad el material preconsciente e inconsciente.

Esta función evalúa la habilidad para enfrentarse con las demandas de la vida, en forma no aprendidas anteriormente.

- Espontaneidad
- Creatividad
- Ingenio, humor, fantasía productiva

Requerimientos:

- Equilibrio entre pensamiento voluntario (formal, propositivo, lógico) y afectivo (expresión de sentimientos).

- Habilidad del yo para controlar los cambios de las catexias de las diferentes funciones del yo.
- Señal de afecto (para poner "reversa")
- Seguridad del self o identidad
- Dominio del trauma temprano
- Superyo adecuado, confianza básica
- Autoconocimiento y comunicación con otros.

Fallas por:

- Defensas rígidas
- Estructura de carácter
- Trabas o impedimentos culturales

Patología:

- Personas con una estructura de carácter rígida en donde el juego y la fantasía son inadmisibles.
- Personas que cualquier tipo de regresión les produce ansiedad.
- Falta total de creatividad.
- Intolerancia a la ambigüedad.
- Pensamiento estereotipado.
- Otra patología son los casos en que la persona siempre está en regresión ejemplo un proceso pseudo-creativo (artístico o intelectual), pero nunca pueden regresar de el.

- En el caso de pacientes psicóticos se debe intentar disminuir el uso de esta función, sobre todo cuando se tiene abundancia de proceso primario y poca adaptación.

6.4.2.3 Área de mantenimiento de la estructura (es aquella serie de funciones que garantizan el mantenimiento de la estructura, es decir las funciones que se encargan de realizar las transacciones necesarias para que el equilibrio, la coherencia y la continuidad de la estructura siga operando, aun frente a presiones que provengan del exterior (estímulos ambientales) o del interior (impulsos que buscan descarga).

A) Pensamiento:

Definición: esta función se refiere a la habilidad de pensar con claridad y se manifiesta plenamente a través de la capacidad de comunicar los pensamientos de uno, de manera inteligible. Los componentes aquí son la adecuación de los procesos que guían y que sostienen el pensar, tales como tensión, la concentración, la formación de conceptos, el lenguaje y la memoria, así como también la relación relativa del proceso primario-secundario en el pensar (como proceso secundario permite una descarga de tensión limitada, ayudando al proceso de demora).

Esta función evalúa la medida en la cual el pensamiento es irreal, ilógico o perdido.

Requerimientos:

- Principio de realidad
- Capacidad de demora
- Represión (previene que los impulsos lleguen a la conciencia)
- Energía ligada (neutraligada)
- Capacidad de atención selectiva
- Función sintética (juicio)
- Relaciones objetales.

Fallas por:

- Intento de evitar la ansiedad.
- Excesivo uso de defensas.
- Fallas en las otras funciones del y/o (no área libre de conflicto).
- Fallas en la función sintética por problemas afectivos o en las relaciones objetales.
- Fallas en las relaciones objetales tempranas no satisfactorias.

Patología:

- Dificultad para concentrarse
- Problemas en la memoria

- Pensamiento concreto
- Trastorno en grado extremo en los esquizofrénicos.

B) Funcionamiento autónomo:

Definición: es la capacidad de las funciones del yo para responder a las demandas y vicisitudes ambientales, de acuerdo a las motivaciones de la realidad.

Esta función está relacionada con el funcionamiento adecuado de la prueba de realidad, pensamiento, funcionamiento sintético, hábitos, hobbies, intereses, aprendizaje, motilidad.

Pues evalúa el grado de deterioro de los aparatos de autonomía primaria: audición, visión, lenguaje, memoria, inteligencia, funcionamiento motor, aprendizaje, etc. y el grado de deterioro de los aparatos de autonomía secundaria: patrones de hábito, habilidades complejas, rutinas de trabajo, intereses, aficiones, etc.

Requerimientos:

- Capacidad de neutralización (desexualización y desagresivización).
- Maduración y aprendizaje (desarrollo del yo simultaneo con el de las relaciones de objeto).
- Internalización de una identificación yoica positiva.
- Regulación de una mayor o menor actividad motora en relación a los impulsos, objetos y realidad.

Fallas por:

- Cuando el yo usa energía libidinal o agresiva y entra la función en conflicto (se da significado sexual o agresivo a la actividad).
- Las defensas son inestables.
- Desproporción en la madurez de las funciones (se eleva el conflicto).
- Pasividad del yo (la "duda" obsesiva).
- Por desamparo, abandono temprano o sobre-estimulación interna o externa.

Patología:

- Disturbios: visuales, auditivos, motores y táctiles sin causa orgánica.
- Disturbios: en la concentración, atención, memoria y aprendizaje.
- Disturbios: en la intencionalidad (catatonia, depresión, obsesivo-compulsivo, pasivo-dependientes) inhabilidad para comer, vestirse o cuidarse.
- Disturbios en la volición, en las habilidades, hábitos, con dificultad para realizar tareas automáticas o rutinarias.

C) Función sintético-integrativo:

Definición: esta función es descrita en términos de dos componentes: el primero es la capacidad de integrar potencialmente experiencias discrepantes o contradictorias. Tales experiencias pueden incluir:

pensamientos, sentimientos, afectos, actitudes, valores, conductas, percepciones y autorepresentaciones todos ellos contradictorios.
El segundo componente importante de esta función es la habilidad de Inter-relacionar e integrar experiencias psíquicas o conductuales que no necesitan ser contradictorias. Este aspecto de la función, facilita las experiencias de conexión, continuidad que permiten planear y organizar operaciones, como una capacidad para supra-ordenar todas las funciones del yo. (Esto basado en una serie jerárquica de pequeñas síntesis e integraciones que se superponen, y que están sujetas a las fases del desarrollo del pensamiento).

Requerimientos:

- Capacidad del yo de observarse
- Percepción inconsciente
- Integración con las relaciones de objeto
- Relación con la personalidad.

Fallas por:

- Necesidad de sintetizar necesidades conflictivas de satisfacción y de castigo.

Patología:

- Aparece como un comportamiento desorganizado, incongruencia entre pensamiento, sentimientos y acción.

- Falta de metas en la vida, falta de planeación.
- Reacciones disociativas como amnesias, fugas y personalidades múltiples.

Nota: sin un funcionamiento sintético integrativo, los aspectos del proceso psicoanalítico llevarían a la psicosis, más que a la re-síntesis y al crecimiento yoico.

D) Barrera de estímulos:

Definición: es la sensibilidad a los estímulos externos e internos, evalúa el grado de adaptación, organización e integración de respuesta a los diversos niveles de estimulación sensorial (los umbrales sensoriales y preceptúales más factores culturales observables, llevan a un organismo a lo largo de un continuo de adaptación-mala adaptación).

Nota: La barrera de estímulos no ha sido considerada ni tratada usualmente como una función del yo debido a que se supone de origen congénito y no como resultado del desarrollo o la experiencia, como muchas de las funciones autónomas.

Requerimientos:

- Calidad del cuidado materno: Holding.

Fallas por:

- Desarrollo prematuro del yo con organización precoz de la realidad interna y externa y disturbio de la función sintética por responsividad especial con el humor de la madre: trauma acumulativo.
- Sobre-estimulación crónica en la influencia (hambre de estímulos)
- Sobre-estimulación: neurosis traumáticas

Patología:

- Se observa perturbaciones en la hipersensibilidad a la luz, al ruido, a la temperatura, al dolor.
- Se observa descargas motoras cáuticas y agitadas.
- Se observa disturbios en el sueño.

E) Dominio y competencia

Definición: esta función se relaciona con la capacidad individual de dominar su propio medio, relacionado con los propios recursos. Qué tanto lo puede dominar y afectar, y qué tanto las expectativas que tiene de éxito se relaciona a su rendimiento real. Esta función tiene tres componentes:

- Actuación objetiva, relacionada con el propio caudal.
- Sentido subjetivo de competencia o expectativa de éxito.
- El grado de concordancia entre la actuación actual y la expectativa.

Requerimientos:

- Confianza básica en el medio (interacción activa)

- Control interno (logrado en etapa anal por el comportamiento de oposición).
- Enfrentamiento (coping)
- Dominio y adaptación (auto y aloplástica)
- Satisfacción (placer) por las actividades.
- Conductas de exploración, manipulación, locomoción, habilidad motora, cognición.
- Desarrollo de planes y acciones intencionales.

Fallas por:

- Falta de confianza
- Ansiedad que irrumpe constantemente la actividad
- No hay capacidad para el placer (sentimientos de culpa, fracaso, etc.)
- La habilidad motora falla.

Patología:

- Incapacidad de alterar, afectar o interactuar con su medio por no tener las habilidades o sentir que no las tiene.
- Sentido de competencia nulo, se observa pasivo sin hacer frente a la vida.
- Autoestima baja (heridas narcisistas)
- Marcados rasgos de carácter, pasivo o masoquista.

- Delirios de grandeza que esconden sentimientos de minusvalía (trastornos narcisista de la personalidad).

6.4.3 Funcionamiento defensivo:

Es otro elemento necesario a evaluar en una psicodinamia.

Como señala Aíza (2000) en su artículo "Los mecanismos de defensa" compilado en el "Manual clínico de psicoterapia" Dupont (2000).

"Las defensas pueden tener un amplio espectro que va desde los atributos o aspectos entendibles relacionados con la operación de un mecanismo sencillo de defensa hasta conductas compleja y constelaciones caracterológicas que son especifica, recurrentes y que tienen un propósito defensivo llamándolas configuraciones complejas defensivas, patrones de conducta, maniobras, etc. Se encuentran constituidas de varias combinaciones de afectos e ideas y de operaciones que son explicables al mezclarse las defensas per-se con otras actividades yoicas. El significado de defensa puede cambiar en las diferentes etapas del desarrollo y en situaciones diferentes. (puede presentar un cambio de función). Los mecanismos defensivos intrapsíquicos son en realidad abstracciones teóricas, un grupo especial de funciones yoicas que operan automáticamene fuera de la conciencia y tienen la función protectora en contra

de situaciones tanto internas como externa de peligro. Los mecanismos de defensa utilizados en las maniobras o estrategias defensivas son movilizados por la angustia u otros efectos de dolor o displacer; ellos tienen como propósito primario el de oponerse, restringir o evitar funciones amenazantes o destructivas y se dirigen ya sea en contra del superyo, la realidad u otras funciones del yo".

Dentro de las formaciones individuales psíquicas hay diferentes jerarquías de defensa en contra de los diferentes ingredientes que las componen, impulsos, afectos, angustias que advierte el peligro y aquellos temores anticipados por la angustia señal, así como las experiencias de tales peligros provenientes del superyo el mundo externo o el trauma psíquico consecuente con las cargas instintivas y las defensas en los diferentes niveles de la formación del síntoma antes de que el síntoma final u otro tipo de resolución aparezca. (Aiza, 2000).

A continuación se expondrá dos modelos de jerarquización de las defensas:

6.4.3.1 Niveles de defensa de coderch.

Coderch (1990). En su libro "Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica" retoma el punto de vista de Wolberg, L. sobre los diferentes niveles de defensa y propone:

La evaluación de la ansiedad (origen, fantasías) como el motor último de todo comportamiento defensivo.

"La ansiedad es el fenómeno menos básico en todo conflicto intrapsíquico, sea cual sea el tipo del mismo. Ante la ansiedad el sujeto responde con defensas de diferente nivel:

PRIMERA LÍNEA: Esfuerzos por mantener el control. Está constituida por los esfuerzos conscientes, preconscientes e inconscientes para manejar las circunstancias externas o modificar el comportamiento, de modo que sea posible la contención de los conflictos internos. Entre ellas podemos distinguir:

a) Evitación del estímulo o situación desencadenante de ansiedad.
b) Sustitución de una satisfacción pulsional por otra (p. ej. comer como sustituto de satisfacción oral).
c) Desplazamiento. El comportamiento conflictivo modifica sus objetivos (p. ej. Deporte violento en el lugar de agresión).
d) Gratificación a través de fantasías diurnas (¿cuáles?)
e) Racionalización. Utilización de razones sociales y de tipo externo para explicar, de manera inconscientemente falsa, el comportamiento motivado por necesidad internas.

f) Utilización de ideologías, religiosas o sociales para trasladar los conflictos internos hacia el exterior.
g) Comportamiento impulsivo, no razonado, como forma de descargar la tensión interna.
h) Actitud de rígido autocontrol para evitar la exteriorización de los conflictos.
i) Dedicación compulsiva al trabajo, diversiones, aficiones, etc. como forma de favorecer la represión de los conflictos internos no resueltos y sentidos como peligrosos.

SEGUNDA LÍNEA: Defensas caracterológica. (la respuesta caracterológica es la manera como el yo organiza las relaciones entre las pulsiones instintivas, la realidad externa y aquella parte de esta realidad, que una vez introyectada, constituye los objetos internos).

a) Carácter obsesivo
b) Carácter fóbico
c) Utilización de técnicas de dominio y sadismo para las relaciones con los otros.
d) Actitudes de dependencia, pasividad y sumisión
e) Actitudes autopunitivas y expiatorias, austeridad extrema, ascetismo, etc.
f) Técnicas de distanciamiento, desinterés y frialdad.
g) Ambición compulsiva
h) Tendencias a la grandiosidad y al perfeccionamiento

TERCERA LÍNEA: Defensas represivas (en conjunto conforman los síntomas neuróticos).

a) Síntomas de disociación.
b) Síntomas de conversión
c) Ansiedad de fondo y crisis de ansiedad
d) Síntomas fóbicos
e) Formaciones reactivas
f) Aislamiento
g) Anulación
h) Rituales obsesivos

CUARTA LÍNEA: Defensas regresivas (en conjunto, son aquellas que expresan el fracaso del yo en llevar a término su triple cometido de lograr una adecuada satisfacción de las necesidades internas, respetando a la vez la realidad externa y ajustándose a las normas y mandatos del superyo.

a) Negación de la realidad y otras defensas psicóticas (síntomas propios de las psicosis esquizofrénicas y paranoicas; se presenta en la clínica como alucinaciones y delirios; rompimiento de la represión y libre aparición del inconsciente). Otras defensas psicóticas: control omnipotente del objeto, defensas maníacas, disociación e identificación proyectiva.

b) Versión hacia el yo de la agresividad dirigida contra el objeto (Ante la pérdida del objeto hay aumento de la agresión hacia él. Si la elección objetal ha sido predominantemente narcisista, la parte del yo identificada con el objeto recibe la agresión y el sadismo); autodestrucción, depresión profunda, suicidio, etc.
c) Perversiones (En las perversiones se encuentran defensa primitivas, tipo psicóticas, aunque con menor grado de negación de la realidad. Se caracterizan por un rechazo de la sexualidad genital y una regresión a las formas sexuales infantiles).
d) Utilización de drogas y alcohol (puede también encontrarse en las tres primeras líneas de defensas como forma de combatir la ansiedad, aliviar la tensión, disolver las inhibiciones, etc. Aquí, la ingesta no es una forma de adaptación a la realidad, sino la expresión de una peculiar relación con los objetos internos, por lo que consecuentemente implica un grado de apartamiento de la realidad).”

6.4.3.2 Orden de defensas ante las amenazas de desintegración.

El siguiente orden de defensa tiene que ver con el tipo de reacción del sujeto ante las amenazas de desintegración; así tenemos que existen:

A.- Reacciones normales, ante amenazas moderadas.

Estas son respuestas simples, tendientes a aliviar la tensión experimentada (llanto, fantasía, sueños, autocontrol, aceptación pasiva, sobrealimentación, etc.)

B.- Ante las amenazas exageradas, se utilizan distintos grados de defensas:

Neurosis

1°.- DEFENSAS DE PRIMER ORDEN: Indican alarma y movilización (hiperrepresión de los hechos conflictivos, hiperalerta hasta llegar a nerviosismo o insomnio, hiperemocionalismo, hiperquinesia, hiperretraimiento, hiperlabilidad del sistema neurovegetativo, como temblor, eneuresis, etc.) Labilidad cambiante.

2°.- DEFENSAS DE SEGUNDO ORDEN: Implican una separación de la realidad con intentos compensatorios como: disociación, desplazamiento (fobia, obsesiones fuertes, aversiones), substituciones (símbolos) como cleptomanía, sacrificio, como por ejemplo: autodestrucción, autodesprecio, mutilaciones, intoxicaciones, narcotización. Problemas en el manejo de autoagresión.

Neurosis de carácter

3°.- TERCER ORDEN DE DEFENSAS: Implican una patología incorporada a la estructura de la personalidad: personalidad de enfermedades orgánicas, personalidad

oligofrénica, infantil, esquizoide, aislada, paranoide, compulsiva, perversa y criminal.

Enfermedades psicosomáticas: ulcera, gastritis, dermatitis, asma, etc.

Psicosis

4°.- CUARTO ORDEN DE DEFENSAS: Nos habla ya de una ruptura transitoria del Yo, seguida de restauración rápida. Ataques de pánicos, desmoralización catastrófica, violencia (asaltante, homicida, suicida, sexual) compulsiones.

5°.- QUINTO ORDEN DE DEFENSAS: Implica una ruptura persistente del yo, con salida de la realidad: excitación con conducta desorganizada y errática; hipertimia con estupor, agitación, formación de delirios, autismo, apatía extrema con multismo y alucinaciones; preocupaciones delirantes, ya sea reivindicatorias, de grandiosidad, etc., confusión excesos de cólera.

6°.- SEXTO ORDEN DE DEFENSAS: Se caracterizan por una completa falla del yo. Existe violencia continua que no puede ser controlada y que lleva al paciente al exhausto físico y a la muerte.

Nota: El quinto y sexto orden de defensas llevan a la persona a la muerte.

6.4.4 Temores fundamentales asociados al origen de la ansiedad.

Gedo y Goldberg, (1980) encontramos otro elemento a evaluar en una psicodinamia.

Estos autores proponen un modelo jerárquico para la comprensión de las situaciones del peligro típicas en diversas fases del desarrollo.

La angustia es típicamente puesta al servicio del yo como señal de peligro. La señal de angustia es la respuesta del yo frente a la amenaza de que sobrevenga una situación traumática. Dicha amenaza constituye una situación de peligro.

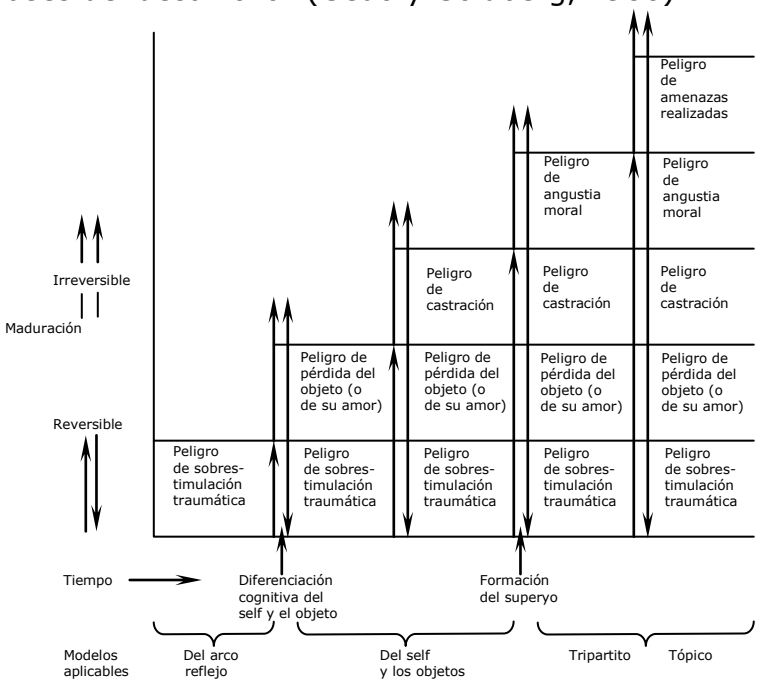
Estos temores son resultado de conflictos intrapsíquicos ligados a diversas fases de nuestro desarrollo. Estos peligros internos se modifican en cada período de la vida.

Pero también es cierto que nunca se dejan atrás por completo, más bien se agregan otros nuevos a los que ya existen.
Así tenemos los siguientes temores:

a) temor a la aniquilación
b) temor a la perdida del objeto
c) temor a la castración (o lesiones genitales, en las mujeres)
d) temor a la culpa superyoica

e) ansiedades sociales maduras.

El siguiente diagrama muestra la jerarquía de las situaciones de peligro típicas en diversas fases del desarrollo: (Gedo y Goldberg, 1980)



6.4.5 Modelo jerárquico de integración.

El siguiente diagrama elaborado por la Dra. Ma. Eugenia Quijano, y expuesto en seminarios de esta maestría, nos muestra la jerarquía de una gama de líneas de desarrollo paralelas que permiten comprender de una manera integral y sintética el comportamiento humano.

Este diagrama nos permite apreciar de manera general, la mayoría de los elementos que tenemos que tener presentes en la elaboración de una psicodinámia.

Creemos que es una buena síntesis gráfica de muchos de los contenidos teóricos expuestos anteriormente.

6.4.6 Transferencia y contratransferencia

Si bien la transferencia y la contratransferencia son dos herramientas fundamentales dentro del proceso terapéutico del psicoanálisis, esto no debe ser un obstáculo para que el terapeuta formule algunas consideraciones hipotéticas sobre los fenómenos de transferencia y contratransferencia que aparecen durante el período de exploración y los exprese en su reporte psicodinámico.

A).- Transferencia:

Coderch (1995) "La define como la reproducción, en el aquí y ahora de la sesión analítica y de la relación con el analista, de las vinculaciones emocionales, conflictos y fantasías que se establecen entre el yo del paciente y los objetos de su mundo interno, así como también entre estos mismos".

Si bien no deben hacerse interpretaciones sobre la transferencia hasta que no esté establecida la alianza de trabajo, esto no obsta para que el terapeuta este receptivo a muchas manifestaciones transferenciales que se dan al inicio de la relación.

El terapeuta debe preguntarse en todo momento qué está pensando y sintiendo el paciente acerca de él. ¿Qué papel está representando para el paciente en este momento de su situación vital?

B).- Contratransferencia:

Coderch (1995) Nos dice que "un enfoque básico es el de considerar como contratransferencia al conjunto de sentimientos y fantasías, tanto conscientes como inconscientes, que experimenta el analista frente a su

paciente. Otro enfoque es el de juzgar a la contratransferencia como parte de la respuesta emocional total del analista frente a sus pacientes".
Las reacciones del terapeuta ante un paciente no se hacen esperar, desde el inicio de la relación éste debe hacer un análisis constante de estas reacciones para que puedan servir como claves importantes de comprensión de la psicodinámia del paciente y posteriormente puedan ser usadas como instrumento terapéutico.

6.4.7 Diagnóstico, pronóstico y tratamiento:

La evaluación psicodinámica o psicodinamia concluye con el establecimiento de estos tres rublos:

A).- DIAGNÓSTICO:

El capítulo 5 se abordó la diferencia del diagnóstico clínico y el psicodinámico, en síntesis se dijo: que el diagnóstico clínico que es más descriptivo y se centra más en los síntomas del paciente, la psicodinamia es un instrumento mas fino que nos explica más profundamente las características estructurales intrapsíquicas de un paciente, permitiéndonos establecer un diagnóstico diferencial mas significativo.

Y también se explico que estos dos diagnósticos no son opuestos entre sí, son complementarios, además el considerar a ambos mejora y amplia la precisión del diagnóstico de un paciente.

En cuanto a la redacción de la formulación diagnóstica, psicodinámica se anotará primeramente el síndrome clínico seguido de una síntesis de los principales síntomas psicodinámicos que pertenecen a dicha patología que sustentamos y por último estos serán avalados por datos clínicos pertenecientes al paciente en turno.

B).- PRONÓSTICO:

Kaplan y Sadock (1987) "Es la opinión sobre el probable curso futuro, la extensión y consecuencia de la enfermedad; objetivos específicos de la terapia".

En este apartado se describen las posibilidades de curación que tiene el paciente, lo cual debe ir avalado en base a:

- La edad del paciente.
- Su coeficiente intelectual

- Su nivel cultural
- Su fuerza yoica
- El diagnóstico determinado

Se debe evaluar la posibilidad de recibir ayuda, de formar una alianza terapéutica, de colaborar con insight e Introspección, el grado de analizabiliad, etc. riesgos a corto, mediano y largo plazo en el estado de salud mental del paciente; posibles desencadenantes de conflicto o deterioro psicológico, probables defensas utilizadas, resistencias al tratamiento, etc.

C).- TRATAMIENTO:

En este apartado se determina la modalidad de tratamiento a seguir (psicoanálisis, psicoterapia, psicoanálitica (expresiva o de apoyo), psicoterapia breve dinámica, terapia de pareja, familiar o de grupo, etc.)
Esta elección del tratamiento recomendado determina parte del encuadre (como frecuencia de sesiones, duración probable de la terapia, etc.). Es importante que esa recomendación esté avalada por los resultados de la evaluación psicodinámica. También en la medida de lo posible se deben establecer algunos de los principales objetivos y problemas a trabajar a corto, mediano y largo plazo.

Por último se harán aquellas recomendaciones que se consideren pertinentes para el mejor manejo del tratamiento del paciente.

Velasco (1966) propone una clasificación de las psicoterapias psicodinámicas con base en los siguientes criterios diferenciales:

Primarios:

- Técnica empleadas: básicamente interpretación, confrontación, clarificación, manipulación y sugestión.
- Actividad del terapeuta
- Transferencia
- Regresión

Secundarios:

- La actividad del paciente
- El manejo de la realidad
- Las metas
- La contratransferencia
- La posición del paciente
- La frecuencia de las sesiones por semana
- Duración
- Las indicaciones

Para lo cual propone el siguiente cuadro:

CUADRO 1. PSICOTERAPIAS PSICODINÁMICAS

Criterios diferenciales primarios

		a. Tratamiento psicoanalítico	b. Psicoterapia Psicoanalítica		c. Psicoterapia breve dinámica
			Expresiva	Apoyo	
1. Técnicas empleadas**	Interpretación	procedimiento fundamental	se usa igual que el resto	casi no se usa	se utiliza con frecuencia
	Confrontación	se usa como preliminar	se usa frecuentemente	se usa frecuentemente	se usa frecuentemente
	Clarificación	se usa como preliminar	se usa frecuentemente	se usa igual que el resto	se usa frecuentemente
	Manipulación		se utiliza ocasionalmente	se usa frecuentemente	se usa ocasionalmente
	Sugestión		se utiliza ocasionalmente	se usa frecuentemente	se usa ocasionalmente
2. Actividad		neutralidad como elemento indispensable para la interpretación	neutralidad escuchar-entender-responder* objetividad, empatía	autoridad y dirección se toma partido por las necesidades emocionales de la realidad externa del paciente.	participación, interrogación activa y frecuente.

3. Transferencia	Se interpreta sistemáticamente hasta llegar a la neurosis transferencial.	Se interpreta frecuentemene en el "aquí y ahora"	se fomenta la transferencia positiva, la alianza de trabajo. Se señala la transferencia negativa en el "aquí y ahora".	Se fomenta la transferencia positiva y se interpreta en el "aquí y ahora".
4. Regresión	Se fomenta por una serie de mecanismos.	Se usa en forma graduada.	Se evita.	Se evita

* Luborsky

**Bibring

CUADRO 2. PSICOTERAPIAS PSICODINÁMICAS

Criterios diferenciales secundarios

	a. Tratamiento psicoanalítico	b. Psicoterapia psicoanalítica		c. Psicoterapia dinámica breve
		Expresiva	Apoyo	
5. Actividad del paciente	Asociación libre	Se dirige a focalizar sobre conflictos dinámicos específicos	Se trabaja con síntomas o temas	Se focaliza sobre temas o conflictos identificados
6. Manejo de la realidad	Se fomenta la Fantasía	Se trabaja con la prueba de la realidad	Se fomenta la prueba de la realidad	Se fomenta la prueba de la realidad
7. Metas	Modificación	Se señalan y	Se aclaran	Se señalan me-

	de estructuras psíquicas	aclaran metas al principio del tratamiento	constantemente metas y objetivos	tas concretas en un plazo determinado
8. Contratransferencia	Se identifica y se utiliza terapéuticamente	Se identifica y se utiliza terapéuticamente	Se identifica y se utiliza terapéuticamente	Se identifica y se utiliza terapéuticamente
9. Posición del paciente	Pacientes acostados en diván	Paciente sentado cara a cara	Paciente sentado cara a cara	Paciente sentado cara a cara
10. Frecuencia de sesiones	Cuatro o cinco veces por semana	Una o dos veces por semana	Una o dos veces por semana	Una o dos veces por semana
11. Duración	Indeterminada a largo plazo	Indeterminada A largo plazo	Indeterminada	Se fija una duración de tiempo desde el principio
12. Indicaciones	Neurosis, algunos trastornos de carácter, algunos trastornos narcisistas personalidades histéricas	Personalidades limítrofes. trastornos narcisistas, carácter, problemas depresivos (fases no agudas)	Pacientes suicidas, deprimidos graves, pacientes de psicóticos, personalidad antisocial farmacodependientes alcohólicos	

NOTA :

ASPECTOS DE REDACCIÓN.

Es importante que la redacción del informe final de una psicodinámica no contenga demasiados conceptos teóricos, que el relato se haga de una forma simple y clara para que el lector pueda entender y sentir la dinámica del paciente en cuestión.

También es preciso que cada una de las afirmaciones y conclusiones a las que se lleguen sean avanzadas con los datos registrados en la historia clínica, en la parte descriptiva las verbalizaciones del paciente deben ir entre comillas y si es necesario interrelacionadas con sus actitudes y emociones concomitantes.

Por último, aunque en este trabajo se han dado los elementos necesarios para ser evaluados en una Psicodinamia. Esto no debe encuadrar el estilo propio del redactor, en donde su creatividad e imaginación se ha de dar en un estilo libre.

Sólo se pide que su redacción se haga en forma continua e integrada y que aborde los más posibles elementos psicodinámicos a evaluar.

A continuación en el capítulo VII sólo para fines prácticos y dinámicos, se expondrá un ejemplo del ejercicio psicodinámico por apartados o rubros que componen cada uno de los elementos psicodinámico a evaluar, en la forma como han sido expuestos en este capítulo.

Como ya se dijo esta situación, no es operante en la entrega final de un reporte psicodinámico, pues este no debe seguir ningún machote y ha de permitir el estilo libre del redactor.

CAPITULO 7: EJEMPLO DE UN EJERCICIO PSICODINÁMICO

7.1 HISTORIA CLÍNICA

A) FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre:	Nora.
Edad:	31 años.
Sexo:	Femenino.
Estado civil:	Casada.
Nacionalidad:	Mexicana.
Escolaridad:	Enfermera titulada (Nivel técnico).

Ocupación:	El hogar y venta de ropa entre sus amistades.
Religión:	Católica (no practicante).
Lugar de nacimiento:	Cuautepec, Hgo.
Lugar de residencia:	Tulancingo, Hgo.
Vive con:	Esposo e hija.
Nivel socioeconómico:	Medio.
Fuente de referencia:	Ex-compañera de trabajo.
Fuente de información:	La paciente misma.
Grado de confiabilidad:	Confiable.
Lugar de la entrevista:	Consultorio particular.
Entrevistador:	Luis Vázquez García.
Número de entrevistas:	Tres.
Fecha:	Enero/2001.

B) DESCRIPCIÓN DE LA PACIENTE:

Nora es una mujer delgada de aproximadamente 1.60 mts. De estatura y 48 Kg de peso, la apariencia de su cuerpo es muy juvenil, dando de pronto la impresión de tener menos edad, pero al acercarse a conversar con ella y al gesticular, las líneas de su rostro están muy marcadas, como las de una mujer

de mayor edad. Su piel es blanca, pelo castaño oscuro, ondulado, peinado en forma sencilla, sus ojos café, son grandes, muy separados, nariz pequeña, boca regular, labios delgados, maquillada escasamente, lleva aretes pequeños, en la mano derecha, trae varios anillos empezando en el dedo meñique, anular y cordial, sus manos se ven muy maltratadas.

En general, se puede decir que es una mujer guapa, a pesar de que no muestra mucho esmero en su arreglo personal, a las sesiones siempre se presentó vestida informalmente, de manera sport (pants) y en otras de pantalón de mezclilla.

De inmediato inicia su relato, mostrando un lenguaje verborreico, dando muchos datos y muchas vueltas para explicar una situación, mostrando mucha ansiedad, y en ocasiones mucho dolor llegando en varias ocasiones abiertamente al llanto.

C) MOTIVO DE CONSULTA:

Nora acude a consulta motivada por una ex-compañera de trabajo que es su confidente, dice sentirse muy angustiada, por haber caído en una situación de adicción desde hace 4 años en la que al sentirse sola en su casa, entra a la cocina empieza a pensar que comer, se prepara algo que le apetezca en ese

momento, "como hasta ya no poder", par luego ir al baño a vomitar todo, y así se puede pasar toda la mañana hasta que se acerca la hora de ir a recoger a su hija a la escuela. Esto le preocupa mucho, sabe el daño físico que se está provocando, además del daño económico, asegura que gasta mucho dinero en comida, y todo esto no le deja tiempo para dedicarse a arreglar su casa como a ella le gustaría tenerla, también pierde muchas oportunidades de trabajo, ya que a ella le gusta vender ropa entre sus conocidas, cosa que no puede hacer como le gustaría, cuando lo hace le deja buen dinero.

En ocasiones se ha propuesto romper en este círculo vicioso, pero sólo logra hacerlo uno o dos días, para iniciar de nuevo, sólo su amiga sabe de su problema. No le gusta que vayan a visitarla, pues pueden descubrirla con su adicción.

D) ANTECEDENTES DEL PROBLEMA:

Hace como cinco años, fue a un médico para que le recetara un tratamiento, para adelgazar, porque su esposo constantemente le decía que estaba muy gorda, además que su amiga confidente le "chismeó" que su esposo no había dejado a su ex-esposa (de la cual ya estaba divorciado), la amiga le asegura haberlos visto salir juntos en varias ocasiones; Nora aclaró esto con su esposo pero éste le negó todo, pero desde entonces no se ha podido quitar la duda de

su cabeza, ella cree que a la fecha su esposo se sigue viendo con su ex "intuición de mujer".

Motivada por tales acontecimientos se puso en tratamiento a escondidas de su esposo porque él es médico y está en contra de esto, logró bajar de 65 a 55 kilos se sentía y veía muy bien, en esa época algo que la hacía muy feliz era ir de compras a los almacenes, y siempre traía algo a su casa, aunque no lo necesitara, compraba sobre todo artículos de cocina, pero con la crisis económica, ya no le es posible comprar más cosas en los almacenes y se refugia en su casa, se siente muy ansiosa y empieza a comer, al principio le pareció muy fácil porque comía, se provocaba el vómito y no engordaba, al principio le resultaba fácil hacerlo, pero ahora solamente le cae algo al estómago y de inmediato lo vomita. Esta situación la tiene preocupada, dice: "se me ha salido de control". En las noches en ocasiones se le va el sueño pensando cómo resolver esto ya le preocupa el daño que sé esta ocasionando. Ahora, sabe que está por debajo de su peso, que le gustaría pesar más, aunque su marido la admira constantemente, diciéndole qué bien estás, "como comes y no engordas", ella está segura que él no sabe nada de su problema. Quisiera tener alguien cerca que la regañara y que le prohibiera hacer lo que hace, aunque por otro lado se siente feliz protegida en su casa para hacerlo sin que nadie la critique y además le da mucha satisfacción el tener dinero para comprar lo que quiere en cuanto a comida, aunque asegura que no se compra ropa, y la vende nunca se queda con nada.

Hace también, como cuatro años que empezó a correr por las mañanas, recorre 8 kilómetros diarios en media hora, y luego hace ejercicio en su casa, esto la hace sentirse muy bien físicamente.

E) HISTORIA FAMILIAR:

Madre:

Nora sabe que su madre fue violada por el cacique del pueblo, situación que la dejó embarazada, pero el producto nace muerto. El se hace cargo de la manutención de la madre, sólo la visitaba para dejarle dinero, pero en estas visitas la madre vuelve a quedar embarazada, de esta relación nace la paciente y el padre se desatiende totalmente de ellas.

La madre proviene de una familia muy grande, ella es la novena de once hermanos, viven del trabajo del campo y de lo que producen sus animales, en donde la situación económica es muy precaria y con muchas carencias.

En este tipo de familia se educa a la mujer a ser sumisa y pasiva, "capaz de soportar todo".

Cuando la paciente contaba con dos años de edad su madre se viene a Tulancingo a trabajar de sirvienta con una familia. Pues la situación económica era difícil. La paciente, se queda en el pueblo con su abuela materna y cuatro de sus tíos menores, los mayores todos se casaron jóvenes.

Nora dice que no conoció a su abuelo materno, éste falleció, lo que complicó más la situación económica.

La madre cuando podía les mandaba dinero; recuerda que de niña en algunas ocasiones la paciente venía a Tulancingo a visitar a su madre, pero era por temporadas cortas, piensa que su madre nunca la quiso mucho, ni ella tampoco, pues nunca se acostumbraron a vivir juntas, su madre se ha casado dos veces, primero con un señor que era muy borracho, y por eso lo tuvo que dejar, y ahora tiene como 10 años de estar casada con un señor con el que parece es muy feliz, los dos se llevan bien, pero no tienen una relación muy cercana con ella.

Padre:

Su padre siempre ha sido un hombre rico, es el cacique del pueblo, dueño de la tienda y del dinero, pero recuerda que a pesar de que él sabía que era su hija nunca la reconoció ni la ayudó, aunque siempre necesitó mucho de él; en el pueblo si la veía que iba por una acera, él se cruzaba para el otro lado para

no toparse con ella; en algunas ocasiones, de niña, cuando necesitaba dinero para comer iba a la casa de él para pedirle dinero y allí se estaba hasta que los abuelos (padres de él) de lástima le daban algo, asegura que nunca la quiso, ni le importó su vida y que le hubiera dado lo mismo si ella se hubiera muerto.

En una ocasión, en Tulancingo ella se lo encuentra en una calle, la paciente recuerda que tenía 18 años y él le dice a un médico que lo acompañaba, "esta muchacha tan guapa es mi hija" y ella pasó e largo como si no lo conociera, no sabe ahora nada de él, ni le interesa.
Comenta Nora que muchas veces pensó: "fui tan mala que por eso me dejaron mis padres".

Hermanos:

Ella es hija única a pesar de que su madre se volvió a casar, ya no ha tenido familia, sabe que su padre tuvo una hija con otra señora antes de conocer a su madre, pero no la conoce, sabe que es mayor que ella, que está casada y que tiene dos hijos.

Abuela materna:

La abuela materna fue una figura de suma importancia para Nora, pues en ausencia de su madre ella siempre la procuraba y le platicaba mucho, Nora la

sentía como una figura amorosa por la que siempre sería cuidada y amada. Por lo que su muerte hace cinco años fue una verdadera tragedia para ella.

F) HISTORIA PERSONAL:

Nora sabe que su padre ya no se hizo cargo de los gastos del parto, y su madre tuvo que atenderse con una india partera, sabe que todo fue normal y sin complicaciones.

Infancia:

No recuerda cuando su mamá la dejó a sus dos años; solo tiene imágenes del campo jugando sola entre los animales, a pesar de vivir en un establo entre muchas moscas, fue una niña muy sana; sólo recuerda haber tenido amigdalitis, como a los diez años.

No fue al kinder, porque no había en el pueblo. De niña casi siempre andaba descalza, algunas veces le compraron zapatos, cuando su madre mandaba dinero, pero este no alcanzaba, "siempre estábamos muy necesitados".
Inicia la escuela primaria en el pueblo, "era muy burra", recuerda que de 5 a 6 años al salir de la escuela la mandaban al pueblo a vender, dulces, galletas, su abuela, hacía tacos y también ella los vendía, casi siempre le iba bien, pero cuando no vendía se ponía muy triste, sobre todo en temporadas de lluvias,

además que en las tiendas subían el precio de los comestibles y esto afectaba mucho la economía familiar, hubo días que se la pasaban sin comer, recuerda el dolor del hambre y le da mucho miedo pensar que algún día pudiera estar otra vez así.

Latencia:

Recuerda que la mandaban a la doctrina, algo que nunca ha olvidado, es la vez que un seminarista la levantó con mucha ternura para cruzar un arroyo, "quién hubiera creído que este fue uno de los recuerdos más bonitos de mi niñez, fue alguien que me dio algo, sin yo tenérmelo que ganar, además que nunca nadie me había tratado con tanta ternura".

Al terminar la primaria la abuela cansada de la miseria en la que vivían decide venirse a vivir a Tulancingo con la madre.

Adolescencia:

Ya viviendo en Tulancingo con su mamá y la abuela, ellas cuidaban un condominio y las dejaban vivir en la portería del edificio. Nora era la encargada de limpiar las escaleras y por ello la mamá le daba una cantidad mensual que servia para sus gastos en la secundaria. En cuanto a sus estudios sobrevivía con las calificaciones.

La adolescencia para Nora fue algo difícil, más que por los cambios del cuerpo y la menstruación, fueron los cambios de vivienda; le costó acoplarse a esta nueva vida. Para ella el vivir en una ciudad era difícil, dice que se asustaba de lo que hacían los jóvenes de su edad, la forma de divertirse, de tener novio, etc., era algo muy fuerte para ella y le daba miedo, pero con el tiempo se fue adaptando. No recuerda haber tenido amigos o amigas muy cercanos, hablaba con todos y trataba de llevarse bien con sus compañeros.

Las condiciones económicas mejoraron un poco, tenía su cama individual, baño completo, estufa, ropero y hasta una alacena. A los 16 años tuvo un novio, un ahijado de su padre que venía a visitarla del pueblo. A pesar de que no era buena estudiante al terminar la secundaria entró a estudiar la carrera corta en enfermería (nivel técnico) en dos años, pues tenía muchos deseos de progresar. Logro terminar su carrera e inmediatamente a sus 18 años empezó a trabajar en el Hospital Civil, le agradaba su trabajo y tenía buenas relaciones con sus compañeros.

Fue en el trabajo donde empezó a relacionarse con los hombres en busca de pareja. Salía con un contador, diez años más grande que ella, le llamaba la atención que tenía una economía estable, sin embargo, esta relación duró pocos meses, pues este era casado, situación que no pudo tolerar (comenta que con él si hubo intimidad).

Cuando tenía como 23 años en una ocasión en el trabajo una enferma que estaba internada se ensució al estar inconsciente y nadie de sus compañeras la quiso limpiar, ella la levantó sólo para cambiarle la sábana de su cama y sintió que le tronó la espalda, no le dio importancia, pero como a las dos horas no se pudo mover, días después la tuvieron que operar de la columna, su esposo ahora le dice que seguramente no necesitaba operación, pero ella comenta que gracias a esta situación, el hospital le estuvo pagando durante un buen tiempo su sueldo mensual por incapacidad de accidente de trabajo. Y fue precisamente cuando estuvo hospitalizada que conoció a un doctor (su actual esposo) se le hizo una persona agradable, muy simpático y atento, además se enteró que era divorciado.

Cuando sale del hospital se hacen novios, sostienen relaciones por año y medio, hasta que ella resulta embarazada, él le pide que se case, aunque siempre le ha reclamado que se dejó embarazar para pescarlo, ella asegura que esto no es cierto.

Él le pide que ya no regrese al trabajo y que se dedique a cuidar a su hija. Para Nora la maternidad es lo más importante de su vida, es lo que la ha hecho más feliz, y disfruta mucho de su hija. Pero siente que tiene que cambiar para que su problema no le vaya afectar a su hija.

Su hija tiene actualmente 6 años, dice llevar muy buena comunicación con ella, "podemos pasarnos horas platicando" aunque en ocasiones siente que la sobreprotege demasiado.

Se ha cuidado de no volver a embarazarse, pues para ella fue algo muy traumático, ya que al año del nacimiento de su hija su esposo constantemente le decía que estaba muy gorda y además se empezó alejar sexualmente de ella, sintió que su autoestima se fue a los suelos y fue cuando se le ocurrió lo del tratamiento para adelgazar.

Con su esposo la relación es generalmente buena, no le encuentra ningún "pero"; es solvente, cariñoso, buen padre, pero lo que ella no asimila es lo de su otra familia. Cuando ella lo conoció, él ya llevaba un tiempo de divorciado. Sabe que tiene dos hijos y que el motivo de su separación fueron problemas de consumo de alcohol y de infidelidad por parte de su esposa. Nora pensó que era totalmente libre su esposo, no imaginó que le iba a costar mucho trabajo el tener que lidiar con la antigua relación de su esposo. Las cosas empezaron por llamadas telefónicas de sus hijos buscando a su papá, ella le reclamó y le pidió que en su hogar no lo buscaran, pero fue contraproducente, pues los ve a escondidas de ella. Además de los chismes que le han llegado de que lo han visto con su ex-mujer. Se ha cansado de reclamarle esto, pero él lo niega todo y le hace ver que sólo es cuestión de su responsabilidad como padre. Nora no sabe cómo lidiar con esto, su celo es muy fuerte y no tolera compartirlo ni en

lo más mínimo. Ella está consciente de que esta situación ha agravado su problema y su relación con su esposo, pero se siente incompetente para poder superar esto.

Dice no tener pruebas, pero ella sospecha que sí sigue habiendo entendimiento entre ellos, "pues en ocasiones siento a mi esposo distante, pensativo y triste y esto me confirma lo que me dice mi amiga".

G) PAUTAS DE AJUSTE A LA VIDA ADULTA:

- Ajuste Familiar:

A raíz de la muerte de su abuela materna se ha distanciado más de su madre "a pesar de que vivimos en la misma ciudad no mantenemos una relación cercana". Con relación a su actual familia, los familiares de ambos aceptaron de buen agrado el matrimonio. Ella cree que todo iría bien si no existiera la otra relación de su esposo.

- Ajuste escolar:

"Nunca fui buena estudiante pero siempre tuve muchos deseos de progresar". "Actualmente no ejerzo mi profesión, por así convenirlo con mi esposo", "pero

no me arrepiento pues haber formado una familia y sobre todo haber tenido a mi hija, siento que valió la pena".

- Ajuste laboral:

Aunque ya no ha trabajado en su profesión, no se le ha cerrado el mundo, pues siempre se acostumbró al trabajo. Actualmente vende ropa entre sus conocidas esto le deja buen dinero, dice tener facilidad para hacerlo. Todo el dinero que gana lo guarda en el Banco, dice tener alrededor de 55 mil pesos ahorrados, más lo que tiene invertido en mercancía, se dice a sí misma que ella va a tener mucho dinero y va a ser muy rica. "El tener dinero me da tranquilidad y felicidad".

- Ajuste social:

Por su problema no le gusta que la visiten en su hogar, pues teme que la descubran. Tiene pocos amigos cercanos, a la que más busca es a su ex-compañera del Hospital quien le pasa los chismes acerca de su esposo. "Soy muy platicadora y esto me permite tener muchos conocidos lo que me ayuda en mi actual trabajo".

- Ajuste sexual:

Su menarca, aparece como a los 10 años, en el pueblo siempre andaba sola, vendiendo, y lo recorría todo, recuerda, que los hombres la veían con deseo,

pues se desarrolló muy pronto, iba a casa de una señora que la quería mucho y le daba de comer, y el esposo en una ocasión le mostró dinero y se tocaba los genitales, pero nunca le dijo ni le hizo nada, y en otra ocasión ella le preguntó al hijo de estas personas que de donde venían los niños, él le mostró el pene, se masturbó, hasta que eyaculó y le dijo, mostrándole "mira de aquí vienen los niños", pero nunca le hizo nada. En esa misma época, un hermano de su padre al estar borracho la intenta violar, pero ella escapa.

Dice no querer a los sacerdotes, porque en esa época también al ir un día a confesarse, uno le decía que pasara a su cuarto, para platicar más a gusto, pero que se asustó y nunca volvió.

Su primera relación sexual la tiene con un ahijado de su padre a los 16 años de edad, éste la venía a visitar del pueblo, nunca lo quiso, es más lo detestaba, se burlaba de él y lo dejaba plantado.

Dice que en su trabajo en el hospital se destrampó más; tuvo relaciones íntimas con un contador, pero por ser casado duraron poco tiempo. Más adelante conoció a su esposo (doctor) desde que empezó a salir con él le platicó lo de sus dos amantes anteriores, pero dice "como era una situación tan penosa creo que le conté versiones diferentes, así que no me creyó, y siempre me ha dicho que por toda la experiencia que tengo en asuntos sexuales, que debe de haber tenido no 2 sino unos 10 amantes", actualmente

ha presentado cierta frigidez en sus relaciones sexuales, ella piensa que se debe por sus problemas actuales.

7.2 EXAMEN MENTAL

a).- Funciones senso-perceptivas: No se encuentra alteración alguna en la paciente, percibe y responde adecuadamente a los estímulos. Presenta un correcto funcionamiento de sus órganos de los sentidos.

b).- Proceso del pensamiento: El curso de su pensamiento es lógico y normal. En cuanto a su productividad hay abundancia de ideas y su pensamiento es rápido. En cuanto al contenido del pensamiento, lo que más le preocupa en este momento es su adicción, desea encontrar la forma para dejarla. Hay presencia de ideas dominantes como lo es la posible infidelidad de su esposo y el celo por la anterior relación familiar de éste. Su lenguaje es verborreico, da muchos datos pero redundantes, sobre su problema.

c).- Funciones intelectuales: Se puede considerar que Nora posee un nivel intelectual medio, que a pesar de su problemática ha luchado por obtener un mejor nivel de vida.

d).- **Memoria:** Su memoria a corto plazo y a largo plazo parecen estar conservadas, ya que recuerda tanto los eventos del pasado como los recientes.

e).- Funciones de la conciencia: La paciente presenta una adecuada orientación en tiempo, lugar, persona. Sabe perfectamente el lugar en que se encuentra, así como el día y la hora. El grado de conciencia de enfermedad es pobre, lo reduce a su problema de adicción.

f).- **Emoción o afectos:** Su tono emocional siempre estuvo acorde a lo expresado por su lenguaje. Mostró mucha ansiedad durante las entrevistas y en ocasiones mucho dolor llegando abiertamente al llanto.

g).- Motivación: Desea encontrar la forma para dejar su adicción, expresa que quisiera: "como cuando uno limpia su casa, deja todo atrás y empieza todo de nuevo, pero con todo limpio".

7.3 DIAGNÓSTICO CLÍNICO (Basado en el DSM-IV)

Eje I

Trastorno de la conducta alimenticia (Bulianoréxico)

Eje II

P6031 Trastorno límite de la personalidad (3 01.83)

Eje III

Ninguno

Eje IV

Problemas relativos al grupo primario de apoyo: perturbación familiar por separación y abandono infantil, cambio de hogar.

7.4 PSICODINAMIA

7.4.1 Diagnóstico psicodinámico

TRASTORNO FRONTERIZO DE LA PERSONALIDAD.

Con patología manifiesta "bulinorexia".

- Hay una marcada escisión de sus objetos; Nora no ha podido integrarse a sí misma y a sus objetos de una manera total. Su cuerpo es el objeto "malo".
- Su yo es frágil y débil, con un pobre control de impulsos, con angustia de destrucción (fragmentación).
- Existe una difusión de identidad en Nora, su auto-imagen están deterioradas, pues tiene un concepto empobrecido y mal integrado de sí misma. "Siempre fui una burra".

- Su libido en general está fijada en la etapa oral, presenta anclajes de rabia muy primitivos.
- Los impulsos agresivos están dirigidos hacia su cuerpo.
- Sus defensas son pre-estructurales, permitiendo niveles defensivos bajos.
- Presenta episodios recurrentes de voracidad (consumo rápido de grandes cantidades de alimentos en corto tiempo), conciencia de que el patrón alimenticio es anormal, la comilona termina con dolor abdominal o con provocación de vómito, la comida suele ingerirse de la manera más disimulada posible o incluso secretamente, hay interrupción de la vida social.

7.4.2 Motivo de consulta

a).- Manifiesto: La paciente dice sentirse muy angustiada, por haber caído en una situación de adicción desde hace 4 años, en donde no puede controlar su impulso por comer. "Come hasta ya no poder, para luego ir al baño a vomitar todo".

b).- **Latente:** El precario vinculo simbiótico que Nora vivió con su madre dio lugar a una fijación oral, en donde el objeto mal es introyectado en su cuerpo.

c).- El factor precipitante: La pérdida de su abuela materna, (hace 5 años) y las sospechas (hace 4 años) de que su esposo se sigue entendiendo con su ex–esposa, son dos eventos en la vida de Nora que han producido una importante fuente de frustración oral, que regresivamente la han llevado a su problemática actual.

7.4.3 Hipótesis metapsicológicas

A) GENÉTICA:

Su angustia manifiesta de no poder controlar su impulso de comer, el sentirse adicta y temor a quedarse sin alimento (datos aportados en el motivo de consulta). En suma, su trastorno alimenticio y los datos de la relación con su madre nos permite inferir que lo esencial y nuclear del problema de la paciente, tiene su origen en una perturbación de sus primeras relaciones de objeto, dando por resultado una fijación de tipo oral.

Sabemos que Nora es concebida en una situación peculiar donde la madre fue violada por el cacique del pueblo, el producto de esta relación nace muerto, la madre vuelve a quedar embarazada de esta misma persona, dando lugar así al nacimiento de la paciente.

Esta situación permisiva donde la madre de Nora después de ser víctima de una violación da lugar a una situación de abuso. Nos deja ver que es una mujer débil y sumisa, que no tiene voluntad propia, que no sabe protegerse a sí misma, y menos a su hija (posible producto no deseado).

Todo ello nos habla que esta madre fue incapaz de dar una respuesta empática, que satisficiera las necesidades básicas, tanto físicas como emocionales, desde las primeras etapas de la vida de Nora.

"Nora piensa que su madre nunca la quiso mucho, ni ella tampoco pues nunca se acostumbraron a vivir juntas".

Es claro que estas primeras relaciones con su madre fueron muy carentes, precarias, con fuertes frustraciones orales. Además de que la madre decide abandonarla con su abuela cuando Nora tenia dos años, en búsqueda de mejores condiciones económicas.

A este patrón deficiente de relaciones objetales seguido paralelamente de un precario vínculo simbiótico, surge una situación patológica pues el bebé no puede percibirse a sí mismo, como distinto al objeto y siente que su propio cuerpo es la fuente de las sensaciones malas o displacenteras. Lo que reactiva el complejo sistema de defensas primitivas (escisión, introyección, proyección) así Nora desde sus primeras etapas establece una escisión, su cuerpo lo vive como "malo" y el pecho como bueno. El cuerpo es el objeto "malo"

introyectado, que se convierte en el perseguidor, al que hay que controlar y maltratar.

Introyectando en su cuerpo al "objetivo malo", le permitía mantener el deficiente vínculo con la madre, situación muy necesaria para que ella pudiera sobrevivir y mantener la posibilidad de relacionarse con el mundo externo y en cierta medida, el equilibrio mental al eliminar una fuente de angustia, aunque todo ello, no resuelve el conflicto.

Parece ser que todo ello dio origen al actual trastorno de la paciente, en donde el pecho materno ausente, no llenador, que no saciaba dejó un gran vació dañando la imagen de su self y del concepto de sí misma. Pues su self esta puesto como "objeto malo", persecutorio, lo único que regula la autoestima es el alimento.

Al abandonarla a los dos años la madre tampoco brindo una protección, exponiéndola desde muy pequeña a situaciones ambientales agresivas (como se deja ver en el apartado de ajuste sexual).

Grinberg (1981) señala que "el sentimiento de la propia identidad deriva de la experiencia del contacto corporal placentero con la madre" y que "el conflicto edípico se resuelve por la identificación introyectiva de la imagen positiva y permisiva del progenitor del mismo sexo.

En el caso de Nora el precario vínculo simbiótico que vive con su madre dio lugar a puntos de fijación muy tempranos que interfirieron el proceso evolutivo normal afectando las siguientes etapas de su desarrollo, dificultando así la diferenciación y la adquisición del sentimiento de identidad, la autoestima, y no se diga la resolución del proceso edípico que requiere de una estructura, que Nora no consolidó.

Sin duda la abuela materna de Nora fue una importante figura rescatadora, que cubrió mucha de las carencias de la madre y que la salvaron de un posible trastorno psicótico. La pérdida de esta figura hace 5 años nos deja ver un duelo no resuelto y un posible factor precipitante de su patología actual.

El padre de Nora es descrito por ella, como una figura totalmente ausente, pues desde su nacimiento nunca la reconoció como hija. Al parecer ella quiso desplazar su simbiosis hacia su padre pero éste nunca respondió: "cuando necesitaba dinero para comer iba a la casa de él para pedirle dinero y ahí me estaba hasta que los abuelos (paternos) me daban algo de lástima".

Esta condición carencial en la que vivió Nora genera resentimiento y odio vengativo. Nora creció con la certeza de tener un "núcleo podrido" una maldad que le impide ser querida.

"Fui tan mala que por eso me dejaron mis padres".

El que su padre nunca la reconociera como hija, sólo aquella vez que la encontró en la calle y quiso presentarla a su amigo, y que ella reaccionó ignorándolo (negándolo). Esta indiferencia generalizada de su padre tuvo que generar caudales de rabia que más adelante vemos como desplaza estos con el ahijado del padre quien fue primer novio "nunca lo quise, lo detestaba, me burlaba de él y lo dejaba plantado". Pero también vemos como escindidamente es con el que tiene su primera relación sexual (como una fusión con el objeto amado anhelado).
El pecho materno ausente es buscado en sus relaciones de pareja, en donde Nora quiere que la alimenten, la contengan y la amen, pero que no la abandonen.

En la actual relación con su esposo, éste representa el objeto amado y el persecutorio, es decir en el esposo están puestas todas las esperanzas de que éste dé lo que la madre no dio. Pero al mismo tiempo representa el objeto persecutor, todo el daño que la madre hizo, además de la latente posibilidad de abandono.

La pérdida de su abuela (figura que reparó en mucho al pecho ausente de la madre) y la sospecha de un posible abandono de su esposo si éste regresara con su ex-esposa han sido los estímulos que precipitaron su actual trastorno, donde su voracidad actual es una conducta anticipada a cualquier frustración

oral, con el comer hasta más ya no poder, busca nunca más sentir hambre y con ello no volver a sentir la carencia primaria, la ausencia del nutriente alimento del pecho materno, pero al mismo tiempo este alimento nutriente del ahora, se torna en venenoso y malo como lo fue en el pasado y así aparece el rechazo, "el vómito", pues el alimento actual no es el alimento deseado, Nora no quiere este alimento, sino el otro, "el pecho bueno", el alimento del amor. Con el que recibió del seminarista cuando la levantó para cruzar el arroyo.

"Quién hubiera creído que este fue uno de los recuerdos más bonitos de mi niñez, fue alguien que me dio algo, sin yo tenérmelo que ganar, además que nunca nadie me había tratado con tanta ternura".

Por último en su hija se proyecta ella misma y quiere que ésta no sufra lo que ella sufrió, por lo que la colma de cuidados y atenciones, dando lugar a una situación de sobreprotección.

B) DINÁMICA:

Su libido en general está fijada en su conflicto oral. Por la calidad del maternaje que tuvo Nora, podemos afirmar que su cuerpo no fue lo suficientemente libinizado, cuidado, erotizado por las caricias y el cuidado

materno, este hecho limita a Nora en la adquisición de habilidades que posteriormente le permitieran autoconsolarse, calmarse y experimentar la sensación de seguridad.

Su sexualidad también está fijada en una organización pregenital oral, en donde su actividad sexual no está separada de la ingestión de alimentos y los objetos no están diferenciados, el pene del varón es el pecho de la madre en donde el fin sexual de esta etapa consiste en la incorporación del objeto en el propio cuerpo. Nora vive su sexualidad en una organización instintiva oral digestiva (pre-genital). En su vida sexual busca cumplir sus fines simbióticos y el control del objeto.

Los impulsos agresivos están dirigidos hacia su cuerpo pues éste representa el objeto "malo", "persecutorio" al que tiene que controlar, maltratar y castigar.

"Hace como cuatro años que corre 8 kilómetros diarios en media hora y luego hace ejercicio en su casa".

Además de estas rutinas de ejercicio ha maltratado su cuerpo con dietas exagerada, ayunos, abuso de medicamentos, el vómito provocado, etc.

C) ECONÓMICA:

La paciente invierte una gran cantidad de energía en resolver su trastorno alimenticio (motivo manifiesto de consulta) en donde su energía y atención mental están centradas en cómo resolver su problema de "adicción".
El desgaste y derroche de energía, en controlar, maltratar y castigar su cuerpo ("objeto malo") es grande.

Otro gasto importante de energía que se observa en Nora, en su necesidad por ser "ahorrativa", "el dinero me da tranquilidad". Intrapsíquicamente el dinero para ella es equiparado al alimento, el tenerlo le proporciona seguridad, para así no volver a sentir la carencia primaria.

"Recuerda el dolor del hambre y le da mucho miedo pensar que algún día pudiera estar otra vez así". Ahorrando regula su autoestima y evita la experiencia de vacío.

Por último el que su esposo ande nuevamente con su ex-esposa, representa para Nora la posibilidad de perderlo. En una amenaza que pone en riesgo su necesidad simbiótica que ha depositado en él, por lo que otro monto de energía, lo utiliza en una conducta anticipatoria de la posible frustración oral, por ello le reclama y lo cela en todo momento.

A) ESTRUCTURAL:

En cuanto a su desarrollo intrapsíquico Nora se encuentra a un nivel pre-estructural, su superyó es primitivo y punitivo. Está ocupado en controlar, maltratar y castigar a su cuerpo ("objeto malo"). Este superyó de naturaleza arcaica que persigue y castiga de manera sádica y violenta como se puede ver en sus síntomas anoréxicos (castigo oral).

Sus dificultosos logros profesionales tienen que ver con su yo ideal. "Nunca fui buena estudiante, pero siempre tuvo muchos deseos de progresar".

Su yo es frágil, pues ante la angustia teme una destrucción, este yo débil tiene poco tolerancia a la frustración y un pobre control de impulsos, ante tal incompetencia pide a gritos un yo auxiliar que le ayude a contenerse.
"Quisiera tener alguien cerca que me regañara y me prohibiera hacer lo que hago".

Ante la imposibilidad de integrar sus objetos y su angustia de fragmentación (destrucción) el yo de Nora utiliza defensas primitivas como la escisión, proyección, introyección, negación. El ello de Nora parece sobreponerse al yo, permitiendo una libre demanda, que no detiene la acción del impulso oral.

Desde el punto de vista topográfico, la parte consciente se reduce sólo a tener conciencia de su adicción. "Sabe el daño físico que está provocando pero no puede controlarlo".

En la parte preconsciente sospecha que la posible infidelidad de su esposo, estén incidiendo en su problema actual.

Lo nuclear del problema, la parte "mala" (posición esquizo-paranoide de Melanie Klein) es inconsciente en la vida de Nora.

E) ADAPTATIVA:

La conducta adaptativa en Nora es pobre y pre-estructural.

Hay incapacidad para tolerar cualquier tipo de tensión o frustración reacciona inmediatamente en forma impulsiva oral.

Su adaptación para con sus objetos es extremadamente exigente, controladora, voraz, envidiosa y dependiente.

"Con respecto a su esposo, sus celos son muy fuertes y no tolera compartirlo ni en lo mínimo".

Otro recurso adaptativo lo fue su estudio y desempeño profesional, que a pesar de sentirse devaluada ("siempre fui una burra"), refleja cierta constancia.
En la actualidad su trabajo de vender ropa le da cierta independencia económica, pero que está a merced de su necesidad oral.

7.4.4 Funciones yoicas

a).- Prueba de realidad: No existe en Nora distorsiones en su percepción, su orientación es adecuada en tiempo, persona y espacio. Su capacidad para distinguir entre los estímulos internos y externos no presenta alteración.

b).- Juicio: Para un buen funcionamiento de esta función se requiere una capacidad para anticipar y planear adecuadamente el comportamiento. Vemos que Nora no puede romper el círculo vicioso en que se encuentra a pesar del peligro que representa para su vida. No hay capacidad de demora, ni control de impulsos (acting-out), ni un adecuado funcionamiento del superyó (necesidad de castigo). Por lo que el funcionamiento del juicio en Nora es inapropiado en estas áreas específicas.

c).- Sentido de realidad del mundo y del self: Existen fallas en la separación de las representaciones del self y de sus objetos. El self de la paciente está puesto como objeto persecutorio. El pecho materno ausente, no llenador dejó, un gran vacío, que dañó la imagen de su self y del concepto de sí misma. Su autoestima es muy baja, el alimento es un self-object que da a la paciente cohesión a su self.

d).- Relaciones objetales: Sus relaciones de objeto son parciales y escindidas, no hay constancia objetal por lo que está incapacitada para establecer relaciones maduras. Sus relaciones son anaclíticas, dependientes: es atraída por alguien que satisfaga sus necesidades orales, además están ligadas a la preservación del self.

e).- Regulación y control de impulsos y afectos: Hay un pobre control de impulsos, no puede contenerse ella misma, hay una libre demanda de los impulsos orales y no puede controlar la acción de estos. Sus afectos en general están aplanados, hay poca capacidad para disfrutar de la vida.

f).- Regresión adaptativa al servicio del yo (Rasy): La regresión en Nora no está al servicio del yo, toda regresión rehabilita puntos de fijación oral que nunca han sido abandonados y que reviven el abandono y la carencia primaria, y que estimula la angustia de aniquilación.

g).- Pensamiento: Como se refiere en el examen mental de Nora el curso de su pensamiento es lógico y normal, hay abundancia de ideas. El contenido gira alrededor de su problema de adicción principalmente. Otro tema recurrente es la posible infidelidad de su esposo con su ex–esposa. Estos dos conflictos han invadido al yo en el área de procesos del pensamiento.

h).- Barrera contra estímulos: Parece que no existe ninguna perturbación en esta función.

i).- Funcionamiento autónomo: No se observan alteraciones significativas en el funcionamiento de autonomía primaria. En cuanto a los aparatos de autonomía secundaria se observa que su trastorno alimenticio ha alterado sus hábitos, tareas rutinarias, vida social, economía, etc. "Nora reporta que además del daño físico que se está provocando, su problema ha dañado su economía, no tiene tiempo para arreglar su casa, pierde muchas oportunidades de trabajo, y no le gusta que nadie la visite".

j).- Funcionamiento sintético integrativo: Las representaciones de su self no están bien integradas, no ha logrado unir sus objetos parciales de manera adecuada. Su vida esta planeada en función de su oralidad a la cual está sometida.

k).- Dominio competencia: Nora "siempre ha tenido muchos deseos de progresar" lo que le permitió tener una profesión técnica, formar una

familia y tener un ahorro, aunque muchos de estos logros están determinados por su necesidad oral. Intenta dominar a los demás a través de la dependencia y compasión, cuando ve afectado su vínculo (como en el caso de su esposo) ejercita un control voraz, en el exterior con los demás pero lo pierde en su interior.

l).- **Funcionamiento defensivo:** Depositando Nora todo lo malo en su cuerpo, protege la existencia de un yo bueno, anhelado, en el afuera. Defendiéndose así de patologías más severas como la psicosis. Gran parte de sus defensas son pre-estructurales permitiendo niveles defensivos bajos.

7.4.5 Mecanismo de defensa

Escisión: Nora busca en el afuera un objeto "bueno", idealizado y convierte a su cuerpo en el objeto "malo".

Identificación proyectiva: En todo momento y en los demás pone su necesidad de simbiosis, quiere de los demás el alimento del amor, el que nutre.

Identificación introyectiva: En su cuerpo ha incorporado al objeto "malo".

Desplazamiento: La rabia experimentada por la indiferencia generalizada de su padre, la depositó en el ahijado del padre quien fue su primer novio. "Nunca lo quise, lo detestaba, me burlaba de él y lo dejaba plantado".

Formación reactiva: Sobreprotege a su hija para que ésta no viva las carencias por las que ella pasó.

Negación: Evita profundizar el tema sobre la muerte de su abuela materna.

Racionalización: "Ella cree que todo iría bien entre su esposo y ella si no existiera la ex-esposa".

7.4.6 Transferencia y contratransferencia

A).- Transferencia: Nora proyecta la imagen de una víctima más, que busca una madre buena que la contenga. Deja ver una gran dependencia que inunda. En la entrevista mostró una transferencia positiva como una niña buena y complaciente que ha sufrido mucho. Lo que nos previene para cuando en el tratamiento aparezca su transferencia negativa posiblemente llena de fuertes contenidos de rabia oral y de devaluación.

B).- Contratransferencia: En un inicio me provocó fuertes sentimientos de compasión, con deseos de protegerla. Pero cuando su discurso se tornó en redundante, me afloró el aburrimiento.

7.4.7 Pronóstico

El pronóstico de Nora es reservado, si bien por un lado, anima su motivación y disposición para el tratamiento y que a pesar de toda su problemática ha logrado ciertas metas en su vida.

Por otro lado hay fijaciones orales muy tempranas por lo que sus anclajes de rabia son muy arcaicos, con un superyó muy punitivo que puede generar fuertes resistencias a la acción terapéutica. Además de un yo débil y frágil con un posible control de impulsos y con poca conciencia de enfermedad. Nos indica mantener una actitud reservada que se irá disipando según se vea su desempeño en el trabajo terapéutico.

7.4.8 Tratamiento

Un de las primeras metas será establecer una buena alianza terapéutica, para dar paso a una terapia de apoyo en donde el yo auxiliar del terapeuta le vaya dando contención y cierta constancia objetal que le ayuden a Nora a

neutralizar los impulsos agresivos que ha depositado en su cuerpo y así pueda ir mejorando el control de sus impulsos orales.

Cuando se haya logrado el fortalecimiento del yo de la paciente será el momento de dar lugar a una psicoterapia psicoanalítica, que permita desarrollar y fortalecer en la paciente un sentimiento de confianza y de autoestima, que propicie la diferenciación del self con el objeto materno y la adquisición del sentimiento de identidad que la lleve a lograr su autonomía.

CAPITULO 8: LA PSICODINAMIA Y LA INVESTIGACIÓN EN PSICOANÁLISIS

8.1 INTRODUCCIÓN

En su artículo denominado "Psicoanálisis y Teoría de la Libido", Freud (1922) estableció que el psicoanálisis es:

- Un método para la investigación de procesos anímicos difícilmente accesibles por otras vías.
- Un método terapéutico de perturbaciones basado en tal investigación, y
- Una serie de conocimientos psicológicos así adquiridos, que van constituyendo paulatinamente una nueva disciplina científica.

Desde entonces nos dice Poch, J. (1998) "El psicoanálisis es una ciencia viva y en constante renovación, ¿quién dudaría de los cambios que ha venido experimentando desde Freud? El psicoanálisis sobrevivirá sin necesidad de otros recursos que los propios, como viene demostrando desde hace una

centuria. El modelo genérico propiciado por la Asociación Psicoanalítica Internacional, aunque lejos de ser un ideal, sigue siendo válido y ha demostrado a lo largo de su historia utilidad y validez por su capacidad para congregar y normalizar la práctica profesional del psicoanálisis; todo ello a pesar de las disidencias, críticas y demás dificultades que ha tenido que afrontar y que la historia demuestra que ha sabido resolver, como prueba su expansión y crecimiento regular y ejemplar".

Creemos poder afirmar que el psicoanálisis tiene su propia metodología de investigación aceptada por sus profesionales, que bajo la organización de sus asociaciones locales desarrollan sus actividades en forma de congresos, seminarios, reuniones científicas, publicaciones, etc. además estas sociedades permiten la formación de nuevos miembros.

Como ya se expreso en la introducción de este trabajo "La Asociación Mexicana de Psicoterapia Psicoanalítica, A.C. conciente de esta realidad, desde el año 1965 ha tenido como principal objetivo, promover el estudio, enseñanza e investigación del psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica en México siendo pionera en la formación de psicoterapeutas psicoanalíticos". (Objetivo A.M.P.P. 1995). Y especialmente en el renglón de la investigación del psicoanálisis en donde se ha creado la maestría en investigación psicoanalítica. (Desde 1994 con registro de validez oficial SEP. No. 994232).

Como egresado de esta formación se me inculcó el valor de la investigación, quedándome claro que las nuevas generaciones en una formación psicoanalítica no podemos seguir exponiendo el futuro de esta ciencia sólo en trabajos teóricos, es necesario que estos trabajos tengan un sustento en la investigación, sólo así ganaremos y sostendremos el digno lugar que le corresponde ocupar al psicoanálisis dentro del ámbito de la ciencia.

Es por ello que incluí este capítulo en el que pretendo exponer que la psicodinamia, aparte de ser un instrumento diagnóstico (tesis principal de este trabajo), tiene otras aplicaciones, entre ellas, como una herramienta de gran utilidad en el trabajo de investigación en psicoanálisis, en la que podemos darle diferentes usos según los objetivos de investigación que se prendan lograr.

8.2 OTRAS APLICACIONES DE LA PSICODINAMIA:

El uso más común que se ha dado a la psicodinamia es el de un *Instrumento diagnóstico*; en donde el contacto inicial con el paciente nos proporciona un material clínico (signos, síntomas, problemas en sus relaciones, etc.); esta información nos permite hacer una serie de inferencias hipotéticas, supuestos con los que tratamos de entender y explicar qué le pasa a un paciente (el

porqué de su conducta), todo ello lo hacemos apoyados en el marco teórico del psicoanálisis, dándonos por resultado una evaluación diagnóstica.

Los alumnos que tenemos un primer contacto con el concepto de psicodinamia nos quedamos con la idea de que esta es toda su utilidad.

Pero además dentro del proceso terapéutico tiene otras aplicaciones, tales como:

- Nos permite determinar el tipo de terapia que requiere el paciente.
- El grado de analizabilidad del paciente
- Nos ayuda a formular objetivos y metas terapéuticas.
- Nos predice posibles obstáculos en la alianza y el trabajo terapéutico.
- Nos sirve de línea base para decidir nuestras intervenciones técnicas.
- Permite el trabajo de supervisión de casos.

8.3 LA PSICODINAMIA COMO UNA HERRAMIENTA AUXILIAR EN LA INVESTIGACIÓN PSICOANALÍTICA:

Si trasladamos esta herramienta con la que cuenta el psicoanálisis, al terreno de la investigación veremos que su aplicación y utilidad tiene un amplio campo de usos.

A continuación veremos algunas posibles aplicaciones que puede tener esta herramienta en el trabajo de investigación:

a) Selección de la muestra:

Al organizar una investigación es indispensable especificar cómo se buscaron los sujetos y cómo se seleccionaron.

¿Qué criterios se siguieron para incluir o excluir los sujetos en la muestra? ¿con qué características se necesitan a los sujetos? Etc.

Si bien cada historia personal es única e irrepetible, en algunas investigaciones requieren formar grupos (muestra) con características homogéneas, por ejemplo: un grupo con un problema clínico equiparable por decir "depresión", la psicodinamia de estos pacientes nos permitirán escoger cuales de estos presenta elementos psicodinámicos más comunes entre sí y así obtener una muestra más representativa, que repercutirá en el logro de mejores resultados.

b) El observador, Juez o Supervisor (neutros):

En algunas investigaciones es necesario contrastar los resultados de una evaluación diagnóstica, esto lo podemos hacer por medio de expertos con una orientación psicodinámica que ajenos (neutros) al caso en estudio o investigación, se les proporcione la historia clínica del paciente y estos formulen su propia evaluación psicodinámica y así poder comparar los

resultados del primer estudio con el de los segundos (neutros) en búsqueda de una mayor confiabilidad y validez.

c) El terapeuta experto:

En algunas investigaciones sobre la efectividad de algún tipo de tratamiento se cuestiona:

¿Quién administra el tratamiento? ¿cómo seleccionar a los terapeutas que cuenten con la experiencia y calidad necesarias? La psicodinamia nos permite valorar la capacidad analítica. Si se pide a los posibles candidatos a administrar el tratamiento que elaboren psicodinamias de algunos casos en común sus informes psicodinámicos nos pueden servir para certificar la capacidad de estos y así seleccionar a los más idóneos.

d) La efectividad del tratamiento:

Actualmente ya no está en duda si la psicoterapia en general sirve o funciona, lo que está en duda es: ¿cuál es la más efectiva para el paciente? El acento esta puesto en la efectividad. Esto nos lleva a: ¿cómo evaluar los efectos de los tratamientos? ¿cómo valorar el cambio psíquico del paciente? La psicodinamia nos permite contrastar los efectos del tratamiento. El diagnóstico psicodinámico al estado inicial del paciente y después de la terminación del tratamiento (evaluado por un juez) nos permitirá ver el posible cambio estructural del paciente, y así apreciar la efectividad.

e) Relación con otras ciencias:

La medicina tradicional sigue estudiando los padecimientos del hombre de una manera muy organicista, hay una especialidad médica para cada órgano del cuerpo, urge una concepción más holística, que integre soma y psique, un estudio de configuraciones psicodinámicas nos permite encontrar correlaciones con ciertos padecimientos, por mencionar algunos.

- Trastornos gastrointestinales (Bulimia, anorexia, úlceras duodenal, constipación, diarrea)
- Asma bronquial
- Artritis reumatoide
- Hipertensión arterial
- Migraña
- Hipertiroidismo
- Diabetes mellitus
- Enfermedades de la piel

Un diagnóstico psicodinámico nos permitirá ver cualitativamente qué relación existe entre los conflictos intrapsíquicos de un paciente y su padecimiento o enfermedad que aparentemente es física.

f) Método de la respuesta de consenso:

En el libro de "Investigación en Psicoterapia" de Poch y Ávila (1998). Vidal y Ávila presentan la siguiente ficha temática titulada "La formulación de la

respuesta de consenso" en esta ficha encontramos otro ejemplo de la aplicación de una psicodinamia, con la pretensión de hacer de ésta un instrumento mas confiable y objetivo.
"Los investigadores en psicoterapia se quejan de que no existen instrumentos de evaluación que satisfagan plenamente todas las exigencias requeridas, como lo son la validez, la confiabilidad, la estandarización, la objetividad, etc.

A pesar de la utilidad para el trabajo clínico de las formulaciones psicodinámicas del caso, no contamos con métodos que nos permiten generar una narrativa psicodinámica válida, estandarizada y fiable.

La formulación psicodinámica de la respuesta de consejo es un método que nos permite cuantificar de algún modo las formulaciones psicodinámicas de casos, así como identificar las principales fuentes de conflicto del paciente, anticipar los posibles problemas interpersonales de discusión en el tratamiento y predecir la mejora más probable del mismo.

Resumen de la aplicación de este método:

PROCEDIMIENTO: Consiste en entrevistar a cada paciente y grabar dicha entrevista en video. Luego un grupo de formuladores, psicoterapeutas de orientación psicodinámica con al menos 10 años de experiencia clínica, ve la

entrevista grabada y escribe su propia formulación individual. Se pasa a una discusión en grupo durante 30 minutos y se rescribe la formulación individual, después un jurado de jueces evaluadores divide cada frase en unidades de pensamiento llamadas respuestas de consenso que son integradas a un texto único que constituye la formulación final.

RESULTADOS: Mediante el coeficiente de acuerdo intervaloradores, se ha verificado con un nivel de fiabilidad del 92% la congruencia de este método.

Este método de la respuesta de consenso aporta una descripción objetiva del problema, que se puede usar luego para evaluar posibles intervenciones terapéuticas.
Además el método también se puede usar en la formación de nuevos terapeutas, dado que una formulación consensuada producida por formuladores expertos proporciona un estándar creíble y de peso a partir del cual los terapeutas novatos puedan evaluar sus propias percepciones clínicas.

La utilización de las formulaciones consensuadas para evaluar la naturaleza de cambio de un paciente como resultado de una psicoterapia dinámica breve aporta datos que nos permiten identificar dos categorías de problemas: *problemas conocidos por el paciente y problemas basados en la información clínica*. Y se constata que los pacientes que han declarado sus problemas abiertamente al principio del tratamiento mejoran más que aquellos sobre

quienes se han realizado inferencias psicodinámicas de los mismos. Por consiguiente, los pacientes que no describen claramente sus problemas no son buenos candidatos para una psicoterapia dinámica breve, pero sí para una terapia intensiva de larga duración.

Finalmente hay que resaltar que una formulación psicodinámica realizada con este método profundiza en el entendimiento del paciente más allá del propio discurso del mismo. Aunque algunos elementos de las formulaciones de consenso son material de hecho, más que material procedente de juicios clínicos, otros elementos sobrepasan los datos superficiales aportados por el paciente y representan inferencias clínicas consensuadas que aportan un enfoque dinámico para el terapeuta.

En futuros estudios estas inferencias consensuadas necesitan ser estudiadas más en profundidad de cara a evaluar su exactitud y examinar la probabilidad de cambio en tratamientos de corta y de larga duración.

Lo que sí se evidencia con este método es su utilidad para producir un conjunto fiable de inferencias e hipótesis clínicas sobre el malestar del paciente y su etiología. Los conflictos, las defensas y los rasgos de carácter que se identifican mediante este procedimiento, pueden convertirse en el foco de atención de una psicoterapia dinámica".

Concluyendo: vemos que en los anteriores ejemplos, tenemos en la psicodinamia una importante herramienta que nos puede auxiliar en muchas de las investigaciones de corte psicodinámico. El uso que se le dé dependerá en gran parte de la originalidad y creatividad del investigador así como del diseño que se utilice.

CONCLUSIONES

Un trabajo como este nos compromete a un quehacer más responsable para con nuestros pacientes, pues desde el primer contacto ya estamos aplicando una metodología que nos da la seguridad de no estar improvisando y que de seguir pasos como estos, pronto empezaremos a ver resultados, que redundarán en beneficio de la comprensión de nuestros pacientes y de nuestro desempeño profesional.

Una de las primeras dificultades con las que nos enfrentamos los candidatos de una formación psicoanalítica son los pocos conocimientos integrados que tenemos de la misma, sentimos que este manual será de gran ayuda en esta compleja tarea de integración, mejorando esta pobreza de conocimientos de la Teoría y Técnica Psicoanalítica.

Creemos que este manual también será de gran utilidad sobre todo para aquellos profesionistas con formaciones afines a la psicología pero sin ser psicólogos, que pretenden aplicarse en el estudio del psicoanálisis. Encontrarán

en estas páginas una buena síntesis de muchos de los elementos que de entrada son útiles y necesarios para iniciarse en esta formación.

Otra dificultad que tenemos los candidatos de esta formación es integrar los conocimientos teóricos en la práctica. Creemos que el continuo ejercicio psicodinámico (propuesta de este manual) nos permitirá cada día lograr una mejor integración teórico-práctica.

Esperamos que el haber compendiado toda esta información acerca del tema de la psicodinamia sirva de base para futuros estudios, en los que se vaya depurando y afinando este instrumento tan valioso con el que cuanta el psicoanálisis.

Finalmente deseamos que el presente trabajo motive la utilización de este instrumento como herramienta en muchas investigaciones de corte psicoanalítico.

BIBLIOGRAFÍA

ALEXANDER, F. (1978) Psiquiatría Dinámica. Buenos Aires: Ed. Paidos.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1995) DSM-IV. Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales. México: Ed. Masson, S.A.

AMMP, A.C. (1995) Imagen Psicoanalítica. Revista de Psicoanálisis, año 4, No.5

BELLAK, L. HURVICH, M, AND GEDIMAN, H,. (1973) Ego Funtions in Shizo Phrencs, Neurotics, and Normal. Ney York: Wiley-Interscience.

BLEGER, J. (1971) La Entrevista Psicológica. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.

- (1985) Tema de Psicología. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

BLEICHMAR, H. (1997) Avances en Psicoterapia Psicoanalítica. Barcelona: Ed. Piados.

CODERCH, J. (1990) Teoría y Técnica de la Psicoterapia Psicoanalítica. Barcelona: Ed. Herder.

- (1995) La interpretación en psicoanálisis. Barcelona: Ed. Herder.

DÍAZ, I. (1989) Técnica de la Entrevista Psicodinámica. México: Ed. Pax-México.

DUPONT, M.A. (2000) Manual Clínico de Psicoterapia. México: Editores J.G.H.

ERIKSON, E.H. (1973) Infancia y Sociedad. Buenos Aires: Ediciones Hormé S.A.E.

ETCHEGOYEN, H. (1988) Los Fundamentos de la Técnica Psicoanalítica. Buenos Aires: Amorrortu Ed.

FARRERAS, VALENTI, P. (1975) El Diagnóstico Clínico y sus Técnicas. Madrid: Ed. Salvat.

FREUD, A. (1973) El yo y los Mecanismos de Defensa. Buenos Aires: Ed. Paidós.

- (1991) Estudios Psicoanalíticos. México: Ed. Piados.

- (1971) Normalidad y Patología en la Niñez. Buenos Aires: Ed. Piados.

FREUD, S. (1894) Neuropsicosis de defensa. (obras completas) Buenos Aires: Ed. Amorrortu.

- (1895) Proyecto de Psicología.

- (1900) La Interpretación de los Sueños.

- (1905) Tres Ensayos para una Teoría Sexual.

- (1914) Introducción al Narcisismo.

- (1922) Psicoanálisis y Teoría de la Libido.

- (1923) El Yo y Ello.

- (1920) Inhibición, Síntoma y Angustia.

GEDO, J. Y GOLBERG A. (1980) Modelos de la Mente. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

GREENSON, R. R. (1989) Técnica y Práctica del Psicoanálisis. México: Siglo Veintiuno: Editores, S.A. de C.V.

GROMBERG. L. (1981) Aspectos Teóricos y Clínicos. Barcelona: Ed. Paidos.

KAPLAN Y SADOCK (1987) Compendio de Psiquiatría. España: Ed. Salvat.

KERNBERG, O. (1987) Trastornos Graves de la Personalidad. México: Ed. El Manual Moderno, S.A. de C.V.

KLEIN, M. (1964) Contribuciones al Psicoanálisis. Buenos Aires: Ed. Horme.

KOHUT, H. (1971) Análisis del Self el Tratamiento Psicoanalítico de los Trastornos Narcisistas de la Personalidad. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.

KOLB, L. C. (1976) Psiquiatría Clínica Moderna. México: Ed. La Prensa Medica Mexicana.

KUIPER, P. C. El Psicoanálisis (Examen Critico de su Vigencia). Barcelona: Ed. Herder.

LASKY, C. (1992) Las Funciones del Yo. De Memorias del Simposium. Desarrollo de la Personalidad. Relaciones de Objeto. México: Ed. Revista de la Asociación Mexicana de Psicoterapia Psicoanalítica, A.C.

MACKINNON Y MICHELS (1983) Psiquiatría Clínica Aplicada. México: Ed. Interamericana.

MAHLER, M. S. (1977) El Nacimiento Psicológico del Infante Humano. (Simbiosis e Individuación). Buenos Aires: Ed. Mary Mar.

MARTÍNEZ, M. (1999) Comportamiento Humano. México: Ed. Trillas.

MENNINGER, K. (1952) Manual For Psychiatric Case Study. Nueva york: Grune y Statton.

MICHACA, P. (1987) Desarrollo De la Personalidad. (Teoría de las Relaciones de Objeto) México: Editorial Pax México.

POCH Y AVILA (1998) Investigación en Psicoterapia. España: Ed. Paidos.

RAPAPORT, D. (1967) Aportaciones a la Teoría y Técnica Psicoanalítica. México: Ed. Pax-México.

RAPAPORT Y GILL (1967) Aportaciones a la Teoría y Técnica Psicoanalítica. México: Ed. Pax.

SOLOMON Y PATCH (1976) Manual de Psiquiatría. México: Ed. Manual Moderno, S.A.

SPERLING, A. D. (1981) Psicología. México D.F.: Ed. Cogesa-Doubleday.

SPITZ, R. A. (1982) El Primer Año de Vida del Niño. México: Ed. Fondo de Cultura Económica.

STERBA, R. (1966) Teoría Psicoanalítica de la Libido. Buenos Aires: Ed. Paidos.

SULLIVAN, H. S. (1977) La Entrevista Psiquiátrica. Buenos Aires: Editorial Psique.

VELASCO, F. (1996) Manual de Técnica Psicoanalítica. México: Ed. Planeta.

WARREN, H. (1985) Diccionario de Psicología. México: Ed. Fondo de Cultura Económico.