



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY



Trabajo Final de Grado

Análisis Psicodinámico de una Intervención Clínica realizada en un Servicio de Salud

Aline Sabani Ferreira

C.I.: 4.816.889-2

Montevideo, Octubre de 2015

Tutora: Laura de Souza

Revisora: Rosa Zytner

Introducción

En el marco del convenio entre la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y la Facultad de Psicología, Universidad de la República, se desarrolla el Programa de Practicantados y Residencias en Servicios de Salud. Dicho convenio supone la inserción de estudiantes avanzados y de Psicólogos recientemente egresados en servicios que cuentan con Psicólogos en su equipo técnico.

La inserción de Practicantes y Residentes tiene como objetivo favorecer procesos de formación y aprendizaje a través de la práctica directa. A través de dicho convenio, se pretende promover una formación de profesionales orientada por los principios que rigen el Sistema Nacional Integrado de Salud y que responda a las necesidades sanitarias del país. Así como también, impulsar la producción de conocimientos que aporten a una mejora de la calidad de vida de la población. (2009)

En el período comprendido entre setiembre de 2014 y agosto de 2015 me desempeñé como Practicante en la Unidad de Salud Mental del Hospital Maciel, cumpliendo 25 horas semanales en el servicio y 15 horas de formación académica. Éste es un hospital general de adultos que brinda asistencia en el segundo y tercer nivel de atención. La Unidad de Salud Mental se integra al Hospital como recurso especializado que desarrolla actividades en el segundo nivel. Está constituida por Sala de internación Psiquiátrica, Farmacodependencia y Policlínica, donde se desarrollan distintas líneas de intervención.

En la Sala de Psiquiatría se encuentran internados pacientes que puedan beneficiarse de un tratamiento breve e intensivo. Allí se realizan reuniones semanales de equipo para evaluar la evolución de los mismos, pensar acerca de los diagnósticos y de las modalidades de tratamiento. También se acompaña a los pacientes y a sus familiares durante la internación y se trabaja la preparación al alta y las posibilidades de derivación y/o seguimiento. Eventualmente se realizan interconsultas, respondiendo a solicitudes de otros servicios del Hospital.

En el servicio de Farmacodependencia se trabaja con usuarios que presentan consumo problemático de sustancias. Se recepciona y evalúa las solicitudes de internación para la Sala de Psiquiatría, cuya principal finalidad es la desintoxicación y posterior conexión con instituciones de rehabilitación. Se acompaña al usuario durante

la internación. Se realiza intervenciones psicológicas individuales y grupales; tratamientos psiquiátricos y abordajes con referentes afectivos de los usuarios.

En la Policlínica se realizan Comités de Recepción, que constituyen la forma de ingreso de los usuarios al servicio. En dichas instancias se recibe la consulta del paciente y se orienta en función de diversas alternativas: consulta con Psiquiatría, Psicología y/o Trabajo Social; conexión con otras instituciones y redes. Semanalmente se lleva a cabo el Comité de Recepción de Psicoterapia, en el que se receptionan consultas psicológicas y se realizan las recomendaciones pertinentes para cada situación: proceso psicoterapéutico, acompañamiento, seguimiento, orientación o derivación.

Además, funcionan dos grupos coordinados por una Psicóloga y una Trabajadora Social. Estos grupos están integrados por adultos con diagnóstico de Trastorno de la Personalidad. En ambos espacios se trabaja fundamentalmente aspectos de la vida cotidiana, cuestiones vinculares, laborales, familiares, que son manifestados por los integrantes del grupo como elementos conflictivos o preocupantes en su vida.

Durante mi inserción como Practicante en la Unidad de Salud Mental del Hospital Maciel tuve la oportunidad de participar de las actividades mencionadas anteriormente. En esta ocasión me voy a referir a un proceso de intervención llevado a cabo junto con la Residente de Psicología, en el marco de las prestaciones de Psicoterapia individual que brinda la Policlínica.

Objetivos

El trabajo clínico supone una reflexión constante que se realiza en distintos tiempos. Por un lado en el encuentro con el sujeto que consulta y por otro lado, acerca de las resonancias que dicho encuentro produce en el técnico que interviene. Implica un proceso de introspección que permita discriminar los aspectos propios de cada uno. Para entender la conflictiva del paciente se vuelve fundamental el ejercicio profesional acompañado por espacios de supervisión, análisis personal y lecturas teóricas. Estos son los pilares en los que se sostiene el Psicoanálisis y las intervenciones clínicas que se basan en esta perspectiva deben considerarlos.

Partiendo de estos supuestos y desde un enfoque dinámico del psiquismo, me interesa reflexionar y comprender el diagnóstico, sus causas, el tratamiento llevado a cabo y sus resultados, así como el vínculo con la persona con la que se trabajó.

Me propongo analizar la conflictiva de la paciente, tratando de responder a las interrogantes acerca de su padecimiento y su motivo de consulta. Identificar sus principales problemas, áreas de sufrimiento y su modalidad de funcionamiento psíquico.

Intentaré dar cuenta de los factores que explicarían dicho padecimiento, las causas de su sintomatología, considerando elementos de su discurso y realizando inferencias a partir de los aspectos transferenciales y contratransferenciales surgidos en el encuentro con ella.

Procuró examinar los aspectos vinculares del trabajo con la paciente y la importancia de considerarlos para sortear las dificultades técnicas encontradas, así como para intervenir de manera oportuna.

Pretendo pensar acerca de las estrategias más adecuadas para su tratamiento, apoyándome en insumos teórico-técnicos que fundamenten el abordaje apropiado para la situación.

También me interesa considerar las transformaciones ocurridas o no y sus posibles explicaciones teóricas desde una perspectiva psicoanalítica. Trataré de señalar el recorrido realizado, los alcances y limitaciones del mismo, dando cuenta de los aspectos trabajados y de los movimientos que se produjeron en la paciente.

Desarrollo

Para organizar la presentación de la situación clínica, considerando los aspectos más significativos de la misma y tratando de preservar la confidencialidad de los datos de la paciente sin perder de vista su singularidad, apoyaré mi exposición en dos herramientas metodológicas que son la “Formulación Psicodinámica del Caso” (2014) y el “Modelo de los tres niveles para la observación de las transformaciones en el paciente” (2011).

La Formulación Psicodinámica del Caso (FPC) se basa en la perspectiva psicoanalítica para la formulación del caso clínico. Tiene que ver con las hipótesis que construye el clínico acerca de la problemática del paciente, sus posibles causas, el tratamiento sugerido y la evolución a lo largo del mismo. En este sentido, da cuenta de cuatro dimensiones: diagnóstica, etiopatogénica, terapéutica y evolutiva. Procura ser breve y concisa, tratando de no exceder la extensión de mil palabras. (Varela et al., 2014)

En cuanto al diagnóstico, se recomienda la utilización de manuales de origen reciente, tales como el de Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (2008) y el Manual de Diagnóstico Psicodinámico (2006), porque integran nociones del psicoanálisis clásico e incorporan aportes actualizados que contribuyen con el logro de “(...) un mayor grado de validez, confiabilidad y utilidad práctica gracias a su operacionalización.” (Varela et al., 2014, p. 175)

En lo que respecta a la etiología, “(...) la propuesta generalizada de que una formulación debe incluir los factores precipitantes, perpetuantes y predisponentes, así como los protectores, coincide en líneas generales con la concepción freudiana de ‘series complementarias’.” Los planteos actuales acerca del trauma, el apego y el desarrollo temprano, así como de las influencias del contexto familiar y social en el desarrollo afectivo e intelectual del ser humano, también contribuyen a la comprensión de aquellos factores. (Varela et al., 2014, p. 175)

En relación con el tratamiento, la FPC plantea la necesidad de construir estrategias de abordaje adecuadas para el paciente, en función de la utilidad de las mismas y de las circunstancias del sujeto. A las técnicas clásicas hay que incluir enfoques específicos que den cuenta de la singularidad de la situación. (Varela et al., 2014)

La evolución que incluye la FPC no solo favorece la investigación acerca de los resultados de los tratamientos psicoanalíticos desde el punto de vista clínico y empírico, sino que además le permite al terapeuta ir formulando hipótesis para cada paciente en base a un proceso reflexivo y compartirlas con otros colegas. Además de considerar la singularidad del paciente, contempla la del profesional que lleva adelante el tratamiento. La evolución puede plantearse de una forma breve, a modo de informe abreviado, o de manera amplia, como un informe completo del proceso. (Varela et al., 2014)

El modelo de los tres niveles para observar las transformaciones del paciente (3-LM) propuesto por Ricardo Bernardi resulta muy útil para desarrollar la dimensión evolutiva de la Formulación Psicodinámica del Caso. Favorece una observación en extenso de las transformaciones ocurridas en el paciente durante la psicoterapia. Permite desarrollar de forma ordenada y sistematizada los cambios ocurridos en el paciente, incorporando la perspectiva del terapeuta. Pretende dar cuenta de los aspectos que cambian; de cómo y cuándo ocurren dichos cambios y de las causas que los explican. (Varela et al., 2014)

Esto le permite al analista saber si su paciente se beneficia o no del tratamiento. A su vez, promueve que la observación clínica sea lo más precisa posible, favoreciendo la construcción y el testeo de teorías. En lo que respecta a las transformaciones que se pueden observar, no solo se trata de prestar atención a ciertas variables que hacen al proceso de análisis, tales como la transferencia, lo inconsciente, el insight, etc., sino que resulta fundamental evaluar los resultados de la psicoterapia y dar cuenta de las nociones adecuadas para describirlos. (Bernardi, 2011)

Este modelo propone abordar las transformaciones ocurridas en tres niveles. El primer nivel es el de la descripción fenomenológica de las transformaciones y supone presentar los cambios tomando como puntos de referencia dos momentos del tratamiento. El primero se sitúa en la manifestación de ciertas dimensiones de funcionamiento psíquico durante las primeras entrevistas. Y el segundo o tercer momento son elegidos por el analista para mostrar los cambios ocurridos luego de transcurrido cierto tiempo de tratamiento. En este nivel se debería describir de forma libre las transformaciones en el paciente en función de la resonancia interna y el significado de la experiencia para el terapeuta. (Bernardi, 2011)

El segundo nivel supone la identificación de las principales dimensiones diagnósticas en las que ocurren o no los cambios, teniendo en cuenta los puntos de referencia

asignados en el nivel anterior para poder contrastar cada dimensión en los distintos momentos del tratamiento. Se trata de dar cuenta desde una perspectiva lo suficientemente amplia la problemática del paciente y su funcionamiento mental e interpersonal, en un lenguaje accesible y no saturado teóricamente. Es importante considerar la experiencia subjetiva de enfermedad, los patrones de relacionamiento interpersonal, los principales conflictos intrapsíquicos, el tipo de trastorno y los focos terapéuticos. En este nivel resultan útiles los sistemas actuales de diagnóstico psicodinámico mencionados anteriormente. (Bernardi, 2011)

En el tercer nivel se realiza el testeo de las hipótesis explicativas del cambio. Esto implica un grado de abstracción más alto, ya que se trata del planteo de hipótesis teóricas que explicarían los cambios observados o no desde el punto de vista clínico. Se pretende examinar los distintos enfoques, dando cuenta de sus puntos en común, sus diferencias y los aspectos en que se complementan, vinculándolos críticamente y articulándolos con las observaciones realizadas. Este examen brinda la posibilidad de hacer nuevas conjeturas que a su vez promuevan otras observaciones. (Bernardi, 2011)

Desarrollaré en primera instancia la Formulación Psicodinámica del Caso (2014) trabajado, obviando el límite de las mil palabras en función de dar cuenta de la forma más clara posible de la situación clínica y de los objetivos de esta elaboración. Para el desarrollo de la dimensión evolutiva de la formulación me apoyaré en el Modelo de los Tres Niveles (2011), a modo de realizar una observación más amplia de las transformaciones ocurridas y de los aspectos que no se modificaron durante el tratamiento con la paciente, articulándolas con las hipótesis teóricas explicativas.

A los efectos de poder trabajar a partir de dicha situación clínica, los datos que refieren a la identidad de la consultante fueron modificados intencionalmente para salvaguardar su privacidad. Se incluye de forma impresa un Anexo con la Presentación Clínica, que no estará disponible de manera digital por la confidencialidad de su contenido.

Formulación Psicodinámica del Caso

Formulación diagnóstica

María, de 30 años, soltera sin hijos, proveniente de Chile. Se viene a Uruguay hace un año por un intercambio universitario y al finalizarlo decide quedarse. Vive en un apartamento compartido. Estudia y no trabaja. Sus padres viven juntos en Santiago y su única hermana se ha radicado en otra localidad.

Comienza tratamiento farmacológico en Chile hace más de dos años por crisis de ansiedad y depresión. A los seis meses de estar en Uruguay consulta nuevamente con Psiquiatra por los mismos síntomas y es derivada a Psicología. Describe vagamente sus crisis de ansiedad como episodios en los que se percibe inquieta y con sensaciones de ahogo que se manifiestan en situaciones de estrés.

Si bien en su discurso refiere acontecimientos enlazados a la crisis de ansiedad, no logra conectarlos internamente; los sucesos que relata carecen de la dimensión afectiva esperable para la situación. Su actitud ante el tratamiento es pasiva; no muestra motivación propia, sino que se dispone a comenzar por recomendación de su Psiquiatra y de su madre.

No presenta una demanda clara ni una necesidad de comprender cabalmente lo que le pasa; parece esperar una solución a su sintomatología y eliminar las dificultades que le genera a nivel concreto. Si bien manifiesta interés en recibir ayuda para organizar las actividades de su vida cotidiana porque le permiten ordenarse internamente, el no reconocer su padecimiento psíquico podría resultar un obstáculo para sostener el tratamiento.

A pesar de su bajo peso, refiere no padecer ninguna enfermedad ni estar realizando tratamiento médico. Desde el punto de vista social, su venida a Uruguay supone alteraciones a nivel de su entorno: su lugar de residencia, sus vínculos cercanos, su lugar de estudio, que repercuten en su cotidianeidad pero que podrían estabilizarse en la medida en que logre adaptarse a los mismos.

Recibe tratamiento farmacológico por su sintomatología de ansiedad y depresión. Su funcionamiento general da cuenta de una organización neurótica en la que prevalecen aspectos arcaicos. Su fragilidad psíquica evidencia fallas en el narcisismo. Predominan los vínculos duales, con dificultades para unirse y para separarse sin que su percepción de integridad sea afectada. Siguiendo los criterios propuestos por el

OPD-2 (2008), se podría pensar en un nivel medio de integración estructural, cuyas capacidades y funciones psíquicas se encuentran reducidas, dando cuenta de vulnerabilidades estructurales que se presentan en situaciones de estrés. El tratamiento apuntaría en primera instancia hacia dichas vulnerabilidades estructurales antes que hacia los conflictos inconscientes.

Su modalidad de relacionamiento se caracteriza por vínculos inestables que oscilan frecuentemente entre la superficialidad y la intimidad. Rápidamente pasa de tener vínculos esporádicos a acercamientos que, cuando se profundizan, son percibidos como exceso de intimidad que la conducen a alejarse. Los vínculos cercanos son vivenciados como intromisión, presentando dificultades para mantener una distancia óptima para con el otro.

Los aspectos transferenciales en el vínculo terapéutico evidencian obstáculos para sostener relaciones de intimidad e intercambios profundos que involucren cuestiones afectivas, propias y ajenas. El desconocimiento de su vida anímica y la de los demás, le representan barreras para integrar lo que le genera el encuentro con otros. Contratransferencialmente genera aburrimiento, frustración y enojo, a la vez que la percepción de su necesidad de ser mirada, valorada y protegida.

En situaciones en las que desempeña un rol de reivindicación, especialmente en cuestiones administrativas, trámites burocráticos, reválidas académicas, se muestra colérica y vivaz, a la vez que parece sentirse cómoda e incluso generarle cierta satisfacción. En sus relaciones íntimas de pareja, cuando se presentan episodios en los que necesitaría ser contenida y consolada, suele ser ella quien desempeña esa función.

María presenta conflictos que se expresan de forma pasiva en diversas áreas. A nivel de la autonomía y la dependencia, ya que sus dificultades para relacionarse con otros desde una distancia tolerable la conducen a oscilaciones que van desde la extrema dependencia a la aparente autonomía enmascarada por el aislamiento. Su frágil integración psíquica le impide diferenciar claramente sus objetos internos y externos. El temor ocasionado por la amenaza de indiscriminación la conduce a utilizar la desmentida para defenderse de la unión y la separación con el otro.

También se observa el conflicto entre la sumisión y el control, ya que se ubica en ciertos vínculos de forma pasiva respondiendo a la voluntad de otros o siendo ella quien tiene el control de la relación mediante la fantasía de que el otro la necesita. Su necesidad de protección y cuidado se manifiesta de forma directa o a través de su

contrario como aparente autosuficiencia y autarquía. Utiliza mecanismos de defensa rígidos, tales como la identificación proyectiva, que restringen sus experiencias internas y alteran las relaciones interpersonales.

El empleo de mecanismos primitivos como la escisión, le permite sostener un desempeño adecuado a nivel social y académico en tanto presenta carencias en el contacto con la vida anímica propia y ajena, que dificultan sus vínculos de intimidad.

El conflicto edípico no está instalado claramente a nivel consciente. Asume un rol pasivo en las relaciones triangulares que suponen rivalidad y competencia. Cuando resulta excluida de una relación de par, suele ser ella quien consuela a los integrantes de la pareja.

Su identidad adulta se encuentra perjudicada por identificaciones con figuras parentales infantiles. Presenta limitaciones para contactar con aspectos inconscientes, deseos y fantasías, así como para conectar acontecimientos de su pasado con su presente y proyectarse a futuro. Su capacidad de introspección se encuentra disminuida, viéndose afectada también la empatía hacia los demás.

Las fallas en la regulación afectiva le producen sensaciones de desborde y agobio, que muchas veces desencadenan episodios de ansiedad que no logra controlar. El diálogo entre sus objetos internos y externos resulta pobre debido a sus carencias en el reconocimiento de su mismidad y diferenciación de los demás. El vínculo con otros está teñido por estas dificultades, que acarrearán escasa tolerancia a la proximidad y a la separación del otro.

La capacidad de representar y simbolizar sus vivencias psíquicas y de comunicarlas a los demás se encuentra afectada, perjudicando sus relaciones interpersonales. La posibilidad de fantasear y valorar la vida onírica está limitada. Logra desempeñarse de manera eficaz a nivel pragmático cuando las condiciones de la realidad no interfieren en su frágil estabilidad interna. Cuando despliega su creatividad a nivel concreto, en actividades sociales, culturales, académicas y políticas, no le otorga valor simbólico.

En las relaciones que involucran a un tercero se muestra complaciente, no reconociendo los afectos hostiles que le ocasiona el hecho de ser excluida, sino que ofreciéndose comprensiva y tolerante. Las manifestaciones de su sexualidad están acotadas a nivel discursivo y emergen exclusivamente cuando se le pregunta. Las referencias al respecto carecen de tonalidades afectivas y placenteras.

Etiopatogenia

Las dificultades de María para historizarse y para referir acontecimientos vitales destacados, hacen que la comprensión de su padecimiento se base más en inferencias realizadas a partir de los aspectos transferenciales y contratransferenciales del vínculo terapéutico que de su propio discurso. Los pocos elementos disponibles surgen a partir de la indagación directa sobre ellos y no de su referencia espontánea.

De los escasos relatos acerca de su vida familiar, María presenta a su madre como una persona muy activa, con diversos intereses. Fue la primera en su familia en acceder a estudios universitarios, graduándose en una carrera con prestigio social. Su imagen es la de una persona muy enérgica, que se interesa por la cultura y realiza distintos proyectos. En el ámbito familiar es quien resuelve las cuestiones domésticas y se ocupa de lo que le sucede a los demás.

Su padre es presentado como un hombre tranquilo, con intereses acotados, que disfruta de pocas cosas de la vida. Menciona que fue militante político. Respecto de los demás miembros de la familia, en especial de la madre, él acata su voluntad casi sin manifestar opinión y aceptando lo que otros deciden. De su hermana manifiesta solo algunos recuerdos de la infancia, en los que compartían actividades juntas que no logra precisar, pero que actualmente no tienen muchas cosas en común.

María presenta un vínculo de dependencia respecto de su madre, quien interfiere en sus decisiones y no da lugar al desarrollo de su autonomía, resultando invasiva. Esto no es cuestionado por María, sino que es naturalizado como parte del funcionamiento familiar, impidiéndole separarse. Por otro lado su padre, prácticamente ausente en su discurso, no se instala claramente como terceridad y representa una imagen de sumisión que tampoco favorece el crecimiento de María. La imposición de la voluntad de la madre junto a la complacencia de los demás integrantes de la familia permite pensar que no hay lugar para el intercambio, la disidencia o el debate de los intereses comunes, así como tampoco para manifestar afectos, pensamientos y emociones.

María consulta en un momento de su vida en el que se superponen diversos acontecimientos (la enfermedad y muerte de su abuelo, el engaño de su novio y su mejor amiga, la pérdida del empleo) con los que parece no tomar contacto. Las crisis de ansiedad y los episodios depresivos desencadenados a partir de esto derivan en una consulta con Psiquiatra resuelta por su madre. Sus dificultades para tolerar dichas pérdidas la conducen a distanciarse físicamente de la situación, quizás intentando

alejarse también del vínculo con su madre, cuya proximidad es percibida como intromisión.

El hecho de emigrar de su país natal y radicarse en Uruguay es un elemento coadyuvante de su inestabilidad, por los cambios que supone en su cotidianeidad: estar en un país que no conoce, lejos de sus vínculos cercanos, sin un proyecto claro de futuro, incrementa los niveles de ansiedad y el estado depresivo. Sin embargo, su facilidad para insertarse en distintos ámbitos e instituciones le ha permitido construir redes que, aunque frágiles, la han ayudado a permanecer en Uruguay.

Plan terapéutico

María se beneficiaría de un tratamiento farmacológico que abordara los síntomas de ansiedad y depresión que motivaron su consulta, combinado de un proceso psicoterapéutico que le permita establecer lazos entre dicha sintomatología, los acontecimientos desencadenantes de la misma y los afectos rechazados defensivamente.

El foco inicial estaría puesto en su sintomatología, procurando minimizar las limitaciones que le ocasiona en su cotidianeidad y que le generan preocupación. Ayudando, en la medida de lo posible, a poner en palabras ciertos aspectos de su afectividad que no logra simbolizar. Instaurando una modalidad vincular diferente, el espacio terapéutico oficiaría de soporte de aquellos aspectos en los que María presenta fallas estructurales, cuidando de no repetir el modelo de dependencia y sumisión instalado en su historia vital.

Es necesario tener en cuenta el límite temporal de un año en el trabajo con María, debido a que sus problemas para establecer vínculos de intimidad podrían surgir en la transferencia, obturando las posibilidades de profundizar en elementos de su conflictiva. Habrá que realizar intervenciones cautelosas para que no sean vivenciadas como invasivas. Antes que interpretar la transferencia, será fundamental trabajar en función de ella mediante señalamientos que den cuenta de sus dificultades interpersonales.

Se espera que el tratamiento favorezca la comprensión de sus síntomas; la discriminación entre su mundo interno y externo, fortaleciendo su identidad. Mediante un vínculo estable y seguro que genere las condiciones para reproducirlo en otros ámbitos de su vida. Para lo cual resulta fundamental entablar una buena alianza terapéutica.

Evolución

Transcurrido un año de tratamiento, coincidiendo con el final del mismo, conviene evaluar los aspectos que se han modificado, los que no y sobre los que resultaría necesario seguir trabajando. Se tomará como puntos de referencia dos momentos: las primeras entrevistas y las entrevistas de cierre del proceso terapéutico para dar cuenta de las transformaciones ocurridas o no y de las hipótesis explicativas de las mismas.

Descripción fenomenológica de las transformaciones

En las primeras entrevistas María se presenta muy delgada (pesando poco más de 40 kilos), viste generalmente ropas oscuras, especialmente de color negro, e impresiona como una persona frágil. Al finalizar el proceso su aspecto físico ha mejorado levemente; ocasionalmente combina colores en su vestimenta, tales como el rojo o telas estampadas, y se la nota más arreglada y femenina. A pesar de su delgadez, su figura no representa aquella fragilidad inicial.

Durante la mayor parte del tratamiento las sesiones comienzan a partir de la iniciativa de la entrevistadora. Las entrevistas en las que María se expresa espontáneamente son aquellas en las que relata dificultades en la realización de trámites burocráticos (reválidas, migración, carné de asistencia, etc.), mostrándose muy enojada. No se perciben cambios significativos entre una consulta y la siguiente. El transcurso de las sesiones es muy similar a lo largo de los primeros meses, generando la sensación de monotonía. Durante gran parte del proceso predomina en ella un importante aplanamiento afectivo; su discurso resulta superficial y carece de matices. Los recuerdos, fantasías y deseos son escasos y surgen exclusivamente cuando se le pregunta específicamente al respecto, evadiéndolos rápidamente.

Sin embargo, al analizar las últimas entrevistas se visualiza en María mayor registro de lo trabajado en cada sesión, teniendo noción de los temas abordados e incluso trayendo o evitando intencionalmente algunos de ellos. Logra comenzar las entrevistas hablando por iniciativa propia, sin esperar por la entrevistadora. Su forma de hablar resulta más clara y fluida, con mayor vivacidad y ciertas tonalidades afectivas que se evidencian en momentos de risa o enojo.

A lo largo de los primeros meses se muestra inamovible ante señalamientos o asociaciones, sin poder decir ni escuchar acerca de su sufrimiento. Cuando la comunicación se realiza a nivel concreto puede sostener el intercambio. Sin embargo, en el tramo final del tratamiento logra reconocer aspectos de su afectividad

verbalizados en el espacio terapéutico, dando cuenta de la posibilidad de movilizarse ante su padecimiento y sus logros.

Identificación de las principales dimensiones del cambio

Experiencia subjetiva de la enfermedad

María comienza el proceso psicoterapéutico sin una demanda clara; no tiene cabal conciencia de su padecimiento y sufrimiento psíquico. Le preocupa no poder controlar sus síntomas de ansiedad y no rendir en diversas actividades como lo hacía antes, atribuyéndole la causa de esto a los psicofármacos. Espera recibir ayuda en ese sentido y no parece querer comprender profundamente las causas de su sintomatología.

Si bien da cuenta de ciertos sucesos asociados al surgimiento de los síntomas, no logra conectarlos con los afectos desencadenados a partir de la situación. Su relato evidencia dificultades para reconocer su sufrimiento. Su limitada capacidad de insight pone en cuestión sus posibilidades de llevar adelante el tratamiento.

Sobre el final del mismo logra dar cuenta de que su imposibilidad para tramitar el momento de crisis que estaba viviendo la condujo a venirse a Uruguay, intentando evadirlo. Dicho reconocimiento muestra cierto grado de comprensión de su problemática y cierto nivel de insight. En las entrevistas de cierre, concuerda con la posibilidad de continuar con su tratamiento en otro ámbito, manifestando que aún presenta dificultades especialmente en lo afectivo y vincular, y que necesita ayuda para seguir trabajando sobre ello. Esto resulta un cambio significativo con relación a los primeros tiempos, ya que surge un pedido de ayuda de su parte que no había podido formular cuando comenzó el tratamiento.

En los primeros tiempos del trabajo con María su aplanamiento afectivo genera dudas acerca de si se trata de una dificultad de tipo estructural o de una inhibición momentánea motivada por el estado depresivo y por el exceso de medicación (ya que además de la indicada por su Psiquiatra, frecuentemente toma un ansiolítico de venta libre cuando anticipa una posible crisis). Los ajustes en la medicación y la evolución del tratamiento psicológico permitieron inferir que más allá del desajuste farmacológico, se trata de limitaciones estructurales de su personalidad. En la medida en que pudo trabajar este aspecto con su Psiquiatra y en que se fue afianzando el vínculo terapéutico, dicho aplanamiento disminuyó.

Patrones de relacionamiento interpersonal

En el área de los vínculos María presenta importantes dificultades durante la mayor parte del proceso. La intimidad con los demás resulta una amenaza a su frágil organización interna, haciendo que se aleje cuando las relaciones comienzan a profundizarse. Tanto en el espacio terapéutico como en otros ámbitos de su vida, mantiene lazos superficiales e inestables. Transferencialmente el terapeuta es sentido por momentos como un objeto que invade su intimidad y por otros como un objeto que la cuida. Contratransferencialmente evoca sentimientos de tedio, frustración y enojo, simultáneamente con percepciones de su vulnerabilidad y necesidad de ser cuidada. Fuera del espacio terapéutico generalmente establece relaciones en las que se ubica en lugares de dependencia y ocasionalmente es ella quien contiene a los demás.

Luego de un año, en el vínculo terapéutico logra profundizar sobre ciertos aspectos de su afectividad y reconocer sus dificultades para contactar con ellos. Haber sostenido durante ese tiempo el tratamiento permite inferir que cuando se dan condiciones de confianza y seguridad, y no se siente amenazada por la proximidad del otro, logra entablar un vínculo más cercano. Sin embargo, esta limitación aún tiene mucha fuerza en otros espacios de su vida, por lo que es un punto a continuar trabajando. En las últimas entrevistas manifiesta estar de acuerdo con esto, denotando un avance respecto de las primeras etapas en las que no podía reconocer sus dificultades interpersonales.

Principales conflictos intrapsíquicos

Sus principales conflictos tienen que ver con su autonomía y dependencia, presentando problemas para tolerar acercamientos y separaciones. Sus dificultades para reconocer su mismidad y diferenciarse de los demás, que afectan su identidad. Sus necesidades de ser protegida, mirada y contenida dan cuenta de aspectos insatisfechos en la infancia y se manifiestan en el vínculo terapéutico y en otros ámbitos de su vida. Ocasionalmente surgen en su expresión contraria de autosuficiencia y de ser ella quien contiene a otros cuando necesita ser contenida.

Sus limitaciones para asociar sucesos vividos con afectos y emociones, su relato apegado a lo concreto, sin emergencia de fantasías, deseos, ni recuerdos infantiles denotan carencias en el proceso de simbolización. Las crisis de ansiedad evidencian esta imposibilidad para poner en palabras las movilizaciones afectivas. Cuando los acontecimientos externos superan su capacidad de sostenerse internamente, sobreviene el caos y la sensación de desborde. Para evitarlo emplea defensas

primitivas tales como la desmentida y la escisión que le permiten un funcionamiento adecuado en ciertos ámbitos de su vida, pero que empobrecen sus relaciones interpersonales y sus posibilidades psíquicas.

Luego de un año de trabajo terapéutico logra contactar con el sufrimiento ocasionado por las pérdidas vividas y la escasa posibilidad de elaborarlo. Manifiesta la necesidad de continuar trabajando en esta línea ya que a la finalización del tratamiento se suma un proceso de mudanza, de trámites migratorios, de búsqueda laboral, que le genera una intensa movilización afectiva difícil de procesar sin la ayuda de otro.

Funcionamiento mental

Cuando comienza el tratamiento María no logra reconocer sus estados internos, padeciendo crisis de ansiedad que no puede controlar, ni precisar los afectos que sobrevienen a las mismas y los acontecimientos que le dan lugar. Le cuesta tolerar sus experiencias afectivas, por lo que las evita aislándose del relacionamiento con otros o sumergiéndose en múltiples actividades que la resguardan de la intimidad. Esto también se reproduce en las sesiones, a las que en ocasiones falta sin avisar o llega tarde, mostrando sus dificultades para elaborar sus emociones. Dicha imposibilidad conduce a sus interlocutoras a verbalizar lo que ella no logra representar.

En las últimas entrevistas María logra reconocer sus dificultades para elaborar la movilización afectiva que le genera el encuentro con el otro y las situaciones que escapan a su control. Expresa su necesidad de que otro le brinde sostén y la ayude a sostenerse por sí misma. Si bien el tiempo de intervención favoreció la construcción de un vínculo de confianza, sería necesario seguir trabajando en la construcción de otros espacios de intimidad, más allá del terapéutico. Además, sería fundamental continuar tejiendo ligazones psíquicas allí donde aún no las hay.

Tipo de trastorno

Las vulnerabilidades que presenta María al comenzar el tratamiento hacen pensar en una organización psíquica con importantes fallas en el narcisismo, que ronda lo fronterizo. Sin embargo, el proceso realizado con ella y especialmente los elementos que surgen en los últimos tiempos, permiten pensar que presenta un funcionamiento neurótico, aunque conserva ciertos aspectos arcaicos escindidos que se evidencian en su adecuada adaptación a lo social, intelectual-académico, pragmático y operativo, coexistiendo con carencias en el plano interpersonal y simbólico-afectivo.

Las dudas suscitadas en los primeros tiempos del trabajo con ella acerca de un nivel medio o bajo de organización pudieron disiparse en la medida en que algunas capacidades que inicialmente se encontraban inhibidas emergieron en el vínculo terapéutico, permitiendo afirmar que se trata de un nivel medio de integración estructural. (OPD-2, 2008)

Focos terapéuticos

El foco durante los primeros tiempos del proceso estuvo en comprender la sintomatología que motiva la consulta de María. Los intentos de que asocie acontecimientos vitales con su problemática resultan frustrados e incluso parecen fortalecer sus defensas. El vínculo terapéutico permitió generar las condiciones para ayudarla a verbalizar los afectos de los que no puede dar cuenta, logrando hilvanar paulatinamente ciertos sucesos con las emociones correspondientes.

Las vulnerabilidades estructurales orientaron las intervenciones hacia el armado de ligazones psíquicas, antes que hacia las interpretaciones de aspectos inconscientes. Los elementos transferenciales resultaron fundamentales para comprender su funcionamiento psíquico y sus necesidades. El establecimiento de un vínculo confiable y seguro que le brinda el sostén adecuado para profundizar en sus temores, emociones y fantasías, favoreció el logro de una representación más integrada de sí misma.

Contando con la ayuda de otro, que pone palabras donde ella no puede hacerlo, que sostiene y promueve su regulación afectiva, amortiguando la movilización que le produce su relación con su vida anímica y con los demás, María alcanzó un conocimiento más amplio de su subjetividad. Este camino fue recorrido con la precaución de no repetir relaciones objetales primarias, propiciando la construcción en el espacio terapéutico de una modalidad vincular distinta.

Su interés manifestado en las últimas entrevistas por continuar trabajando dichos aspectos y la posibilidad de buscar otro espacio en el cual poder hacerlo, da cuenta de haber contactado con lo que permanecía anulado en su psiquismo. Debido al límite temporal de un año, supuesto por el marco institucional en el que se lleva a cabo esta intervención, se considera de gran importancia que María realice un tratamiento psicoterapéutico a largo plazo que le permita sostener los logros alcanzados y continuar profundizándolos.

Hipótesis explicativas del cambio

En este segmento abordaré algunas hipótesis formuladas a lo largo del proceso y luego de finalizado el mismo acerca del funcionamiento psíquico de María, de los cambios que se pudo visualizar o no y de las causas de los mismos.

En los primeros tiempos del trabajo con María, sus dificultades para contactar con su afectividad; sus limitaciones para lograr niveles de insight que le permitan asociar elementos de su historia con acontecimientos presentes y con su sintomatología de ansiedad y depresión, representaron obstáculos para comprender su problemática y para ayudarla a aliviar su padecimiento. Esto, sumado a la ausencia de una demanda clara generaba dudas acerca de sus posibilidades de sostener el tratamiento.

La necesidad de saber más respecto de su vida anímica, de los afectos y pensamientos que podría haber vivenciado a partir de los acontecimientos recientemente vividos, condujo a intervenir de distintas formas buscando en su discurso respuestas a estas interrogantes. Interrogantes que no solo no lograba responder, sino que ni siquiera podía formular.

En estos primeros tiempos las conceptualizaciones de Green (1990) acerca de los pacientes fronterizos, los aportes de Marta Méndez (2005) sobre los “trastornos narcisistas no psicóticos”, de Carlos Tabbia (s.f.) que habla del aburrimiento como la emoción anulada, los planteos de Winnicott (1960) acerca del “falso self” y de otros autores que se basan en sus teorizaciones, aportaron una aproximación a su conflictiva.

Estos elementos teóricos resultaron de gran utilidad para pensar los afectos evocados contratransferencialmente en los encuentros con María, así como los obstáculos técnicos percibidos a partir de ellos. La supervisión también fue muy enriquecedora en este sentido, ya que favoreció la comprensión de dichos afectos y orientó la construcción de una estrategia acorde a las posibilidades de la paciente, de nuestras herramientas y del tiempo acotado de dicha intervención. (Muniz, 2005)

La sensación de aburrimiento evocada en el espacio terapéutico, nos llevó a interrogarnos acerca del sentido de dicho afecto respecto del padecimiento de María. Carlos Tabbia sostiene que el aburrimiento es un “(...) estado emocional en el que no puede florecer una pregunta (...)”. Ese estado emocional tiene que ver con cierta dificultad para reconocer algo de la afectividad propia y ajena. Esto conduce a dificultades en el encuentro con los otros. (s.f., párr. 3)

Tabbia también realiza una distinción entre el aburrimiento y los estados depresivos. En el aburrimiento no se presenta la culpabilidad característica de la depresión; no hay auto-reproches. Mientras que en los estados depresivos hay una actividad mental incesante, en el aburrimiento prevalece la ausencia de pensamientos. Frente a los afectos penosos que padece el sujeto deprimido, el aburrimiento se presenta como falta de afecto. (Tabbia, s.f.)

Por su parte, en un artículo denominado “El otro en las personalidades narcisistas”, Marta E. Méndez sostiene que “(...) la dificultad de hacer contacto con sus sentimientos, hacen del encuentro un espacio difícil y desafiante. La transferencia y la contratransferencia deben ser consideradas especialmente, desde su ‘entrega’ a aceptar los señalamientos, lo que es difícil, así como nuestros sentimientos.” (2005, párr. 11)

En el trabajo con María se trató de identificar y verbalizar los afectos de los que no podía dar cuenta, antes que de delimitar un conflicto entre instancias psíquicas que estuviera sosteniendo las manifestaciones sintomáticas de ansiedad y depresión. El desafío estuvo en comprender que aquellas preguntas acerca de su vida anímica, de su historia personal, de las emociones que podría haber sentido frente a las diversas pérdidas que vivió, eran interrogantes que, suscitadas contratransferencialmente, daban cuenta de su imposibilidad para alojarlas en su psiquismo. La alternativa al sufrimiento que le ocasionaría hacerlo fue tomar distancia de la situación, emigrando de su país de origen; mecanismo a través del cual intentó defender su frágil organización psíquica del inminente desborde.

Aspecto que conduce a los planteos de Winnicott acerca del temor al derrumbe observado por él en algunos de sus pacientes. En un artículo en el que desarrolla específicamente dicha conceptualización, Winnicott sostiene que “(...) el miedo al derrumbe se vincula con la experiencia previa del individuo y con factores ambientales aleatorios.” (1963, p. 112) En un sentido amplio, el miedo al derrumbe sería una “(...) falla de la organización de las defensas.” Pero en un sentido más profundo refiere a “(...) ese estado de cosas impensable que está por debajo de la organización de las defensas.” (Winnicott, 1963, p. 113)

Winnicott se pregunta contra que se constituiría dicha defensa y afirma: “El yo organiza defensas contra el derrumbe de la organización yoica, que es la amenazada, pero nada puede organizar contra la falla ambiental, en tanto y en cuanto la dependencia es un hecho viviente.” Aclara que en el ámbito de lo que serían las

psiconeurosis las defensas se erigen ante la angustia de castración, en tanto que en los fenómenos más psicóticos las defensas intentan evitar el derrumbe del “self unitario” (Winnicott, 1963, p. 113).

Además destaca que “(...) el miedo clínico al derrumbe es *el miedo a un derrumbe ya experimentado*. Es el miedo a la agonía original que dio lugar a la organización defensiva desplegada por el paciente como síndrome mórbido.” Debido a la inmadurez del yo en el momento en que fue vivido ese derrumbe, no pudo ser integrado a la experiencia psíquica y como tal, no pudo convertirse en hecho pasado y persiste como amenaza futura. (Winnicott, 1963, p. 115)

Este miedo se asemeja a otros que también se vislumbran en el análisis: el miedo a la muerte, al vacío y a la no existencia. En estos casos, al igual que en el temor al derrumbe, el sujeto busca vivenciar algo que ha sucedido en un momento previo a la constitución del self. Algo ocurrió en la infancia, posibilitado por fallas del ambiente, que no puede ser recordado, por lo que se busca compulsivamente experimentarlo en el futuro. (Winnicott, 1963)

Desde el punto de vista de la técnica psicoanalítica, Winnicott plantea que con aquellos pacientes en los que hubo fallas ambientales tempranas que dieron lugar a una frágil organización del psiquismo, es necesario priorizar lo que ha denominado “el marco” antes que la interpretación. El marco tiene que ver con la presencia y la preocupación del analista, su disposición a escuchar y a entender la problemática del paciente; la hora acordada y la frecuencia, el espacio físico estable; las expresiones del analista de amor, al interesarse por el paciente, y de odio, al mantener el cumplimiento del horario y los honorarios, etc. Refiere al comportamiento del analista que le otorga soporte y continuidad al trabajo analítico. (Winnicott, 1963)

Winnicott establece una semejanza entre el marco y los cuidados de los padres en los primeros tiempos de vida del bebé: “El marco del análisis reproduce las técnicas de maternalización más tempranas.” (1954, p. 388) Es por esto que en el trabajo con pacientes con los que estos cuidados no fueron llevados a cabo de manera adecuada y adaptándose a las necesidades del infante, “(...) la interpretación clarividente pierde importancia, mientras que el mantenimiento de un marco adaptable al yo se hace esencial.” (Winnicott, 1963, p. 294)

En un trabajo acerca de lo que denomina “estados fronterizos de la analizabilidad”, Green se refiere a un concepto clínico que supone una multiplicidad que va desde los momentos críticos de un análisis clásico hasta el análisis con pacientes difíciles. En el

trabajo con estos pacientes cobra gran importancia el análisis del encuadre en tanto continente, y el analista no se limita a develar los sentidos ocultos, sino que debe construirlos. “El encuadre representa al *holding* y a los cuidados maternos pero [también] el ‘trabajo del espejo’ como tal (...).” (Green, 1990, p. 76)

Algunos de estos aspectos fueron desplegados en el tratamiento con María. El hecho de que alguien disponga de una hora semanal para recibirla, escucharla, intentar comprenderla y devolverle algo de dicha comprensión; la oportunidad de encontrarse con otro (en este caso singular, con dos mujeres) que le demuestra interés y preocupación, así como calidez y sostén, operó como espacio facilitador para pensar acerca de su afectividad, de su subjetividad y de su historia, aspectos con los que hasta el momento no había podido contactar. En palabras de Winnicott:

El comportamiento del analista, representado por lo que he llamado ‘el marco’, por ser suficiente en lo que hace a la adaptación a la necesidad, es percibido gradualmente por el paciente como algo que da pie a una esperanza de que el verdadero self pueda por fin correr los riesgos propios de empezar a experimentar la vida (1955, p. 402)

Algunos autores que realizan lecturas de los planteos de Winnicott sostienen que “(...) estos pacientes forman un espectro que va desde la pseudo normalidad con sentimientos de vacío y futilidad (...), pasando por los momentos psicóticos de los neuróticos hasta los esquizoides fronterizos (...) y psicóticos”. Y que en el trabajo con ellos es prioritario generar y sostener un marco que promueva confianza y estabilidad, adaptándose a las necesidades del yo del paciente, quedando muchas veces postergada la clásica labor interpretativa del análisis. (De Souza, Rebuffo et al., 1991, p. 223)

Si la adaptación ambiental fue adecuada, se produce la instauración de un yo fuerte, capaz de experimentar los impulsos del ello y de defenderse de la angustia que le ocasiona. Pero, cuando el ambiente falla sucesivamente en su respuesta a las necesidades del pequeño, se percibe como un ataque, una discontinuidad existencial que da lugar al desarrollo de un falso self. “Este falso self es, sin duda, un aspecto del self verdadero, al que esconde y protege, al mismo tiempo que reacciona frente a los fracasos de adaptación y crea un patrón correspondiente al patrón del fracaso ambiental.” (Winnicott, 1955, p. 401)

El sujeto crea una máscara protectora de su verdadero self para defenderse de las amenazas del afuera. Mientras que el verdadero self tendría que ver con el gesto espontáneo del sujeto, el falso self tiene que ver con adaptarse a las demandas y

exigencias del medio. Claro está que en cierta medida resulta sano desarrollar dicha capacidad, lo problemático aparece cuando tanto los demás como el mismo sujeto confunden el self falso con el verdadero. “El falso self suele producir una sensación de tedio, de aburrimiento, de irrealidad, de futilidad, de hastío, de desvitalización, poco tiene sentido porque apenas nada tiene contacto real con lo profundo de lo que es.” (García, 2010, párr. 2)

En esta línea se podría pensar lo sucedido en los primeros tiempos de trabajo con María. La sensación de no estar verdaderamente presente en el vínculo terapéutico, de que su relato tenía que ver más con cierta superficialidad que profundidad y deseo auténtico. A pesar de transitar por diversos espacios de sociabilidad, sus posibilidades de establecer relaciones con otros quedaban limitadas a un plano superficial que la preservaban de la intimidad.

En un artículo en el que se refieren al tratamiento de una adolescente con diagnóstico de trastorno narcisista no psicótico, Mónica Rodríguez y Ricardo Rodulfo destacan la necesidad de construir un dispositivo de intervención tendiente “(...) al apuntalamiento de los procesos de subjetivación y no al armado de un falso *self* con ‘rendimientos’ acordes con ideales preestablecidos”. (1998, p. 268) Más allá del diagnóstico de la adolescente con la que trabajaron, el aporte resulta significativo en cuanto a la importancia de evitar fortalecer el self falso, generando las condiciones para que emerja el self verdadero.

María parecía esforzarse por mostrar un comportamiento adecuado en cuanto a la formación académica, la militancia política, la necesidad de trabajar, los distintos grupos de los que hace parte, sin involucrarse profundamente en dichos espacios e incluso reconociendo en algunas oportunidades que no representaban un auténtico disfrute para ella.

Esto puede ser pensado también desde la teorización planteada por Christopher Bollas acerca de los pacientes “normóticos”. Según dicho autor, la característica fundamental de la personalidad normótica “(...) es una reluctancia a interesarse por el elemento subjetivo de la vida, ya exista dentro de él o en el otro.” A continuación agrega: “Por ‘elemento subjetivo’, entiendo ese juego interior de afectos y representaciones que genera y autoriza nuestras imaginaciones privadas, que plasma de manera creadora nuestro trabajo y procura continuo alimento a nuestras relaciones interpersonales” (Bollas, 1991, p. 169)

(...) el normótico se interesa por los hechos. Pero no siente pasión por los datos en el afán de establecer un conocimiento compartido que promueva la creatividad de un grupo (...). Los hechos se coleccionan y almacenan porque se trata de una actividad tranquilizadora. (...) se siente seguro en grupos sociales cuya pseudo intimidad le sirve de coartada para no trabar hondo conocimiento con alguien. (Bollas, 1991, p. 170)

La falta de interés por su vida anímica y la de los demás, las dificultades para entablar vínculos de intimidad con otros, así como la oscilación frecuente entre momentos de mucha actividad social, cultural y política, y otros de aislamiento, permite pensar el padecimiento de María desde lo que nos propone Bollas (1991). El exceso de actividad en el que se sumerge, le permite mantenerse protegida de las relaciones profundas y estables, casi que de la misma forma que su aislamiento.

En su desarrollo conceptual, Bollas realiza una posible explicación etiológica de lo que denomina "afección normótica". Considera sustancial contextualizar dicho padecimiento en el entorno familiar del sujeto. "En un nivel esencial, el normótico fue visto únicamente en parte por la madre y el padre, espejado por padres cuya capacidad de reflejar estaba opacada, y que devolvían solo el destello de una silueta propia a un hijo." Si bien Bollas no excluye de su teorización la posibilidad de que dicha afección se desarrolle a partir de los aspectos pulsionales del hijo, afirma que esto solo es posible si los padres también lo favorecen. (1991, p. 175) Esto hace pensar también en la importancia que le otorga Winnicott (1955) al ambiente facilitador y a las consecuencias de sus fallas.

Podríamos pensar que el entorno familiar de María tuvo dificultades para reconocerla desde un lugar propio y valioso. De las vivencias referidas por ella, destaca la intensa actividad laboral, social y cultural de su madre, en contraposición a la pasividad y sumisión de su padre. La militancia política, la posibilidad de vivir en un país con un gobierno de izquierda, de realizar una formación universitaria, son cuestiones que si bien enfatiza en su discurso, no logra apropiarse profundamente.

Los elementos disponibles acerca de sus vivencias infantiles son escasos, aspecto que también debe considerarse ya que la ausencia de historización hace a sus dificultades de subjetivación. La falta de recuerdos de su infancia, el no poder construir su novela familiar, su discurso muy pegado al presente y a lo concreto, excluyendo la fantasía, la afectividad, el deseo, permiten pensar que esa posibilidad fue excluida en su desarrollo temprano o que al menos no fue favorecida ni valorada por su entorno cercano. En la medida en que pudo establecer una modalidad vincular diferente,

inaugurada en el espacio terapéutico, también logró pensarse a sí misma, reconocer su afectividad y las barreras para vincularse con los demás.

Los obstáculos para elaborar las movilizaciones generadas por la muerte de su abuelo, la ruptura con su pareja, la pérdida de su empleo, no solo la condujo a venirse a Uruguay, sino también a depositar en su cuerpo lo que no pudo alojar psíquicamente. Las crisis de ansiedad por las que consulta, así como la extrema delgadez (negada por ella) podrían pensarse en el sentido que propone Bollas:

Ciertos trastornos psicossomáticos y perturbaciones de la ingesta quizá sean formas de quebranto normótico en que la persona intente eludir un examen introspectivo de los orígenes subjetivos de su malestar, prefiriendo concentrarse en un quebranto concreto, como un dolor o una disfunción de una parte del cuerpo, o una preocupación por la ingesta y el control de la figura corporal. (1991, p. 180, 181)

Joyce McDougall, tratando de comprender el funcionamiento mental que caracteriza a cierto tipo de pacientes con los que trabaja, desarrolla diversos intentos de explicar la dinámica psíquica subyacente a su presentación en la clínica. En un primer momento de su conceptualización los llamó “anti-analizandos”, considerando sus intensos esfuerzos por oponerse a analizar cualquier aspecto relacionado a su realidad psíquica. Luego, les asignó el término “normópatas” por su carencia de síntomas neuróticos y por la seudonormalidad con la que ocultaban su perturbación. Finalmente, decidió agruparlos en una categoría de pacientes a los que denominó “desafectivizados” debido a la pérdida de la capacidad para contactar con sus emociones y con su realidad psíquica. (McDougall, 1985)

Retoma la noción de “alexitimia” propuesta por la escuela bostoniana de investigación psicossomática, refiriéndose a “(...) la incapacidad de darse cuenta de las emociones o, si se produce esta toma de conciencia, la incapacidad para distinguir una emoción de otra (...)”. Dicha incapacidad, junto con cierta tendencia a las actuaciones, también se presenta en ciertas perversiones sexuales, adicciones y trastornos del carácter. (McDougall, 1985, p. 10)

Sostiene que sus pacientes ante circunstancias de incremento de las presiones internas o externas frecuentemente tienden a somatizar. Ante situaciones que suponen “(...) heridas narcisistas y libidinales, cuando no eran elaborados efectivamente, tanto en un sentido emocional como en otros aspectos, causaban una perturbación abrupta del equilibrio narcisista del analizando.” Cuando los mecanismos habituales para despejar el afecto no resultan efectivos, queda abierta la vía para las manifestaciones psicossomáticas. (McDougall, 1985, p. 10, 11)

En cuanto a la etiología de las personalidades con estas características, McDougall (1985) le otorga un valor importante al discurso familiar en el que la posibilidad imaginativa y la afectividad son rechazadas, así como al vínculo madre-hijo en el que la madre no solo no ha podido contactar con las necesidades emocionales del hijo, sino que además ha controlado sus sentimientos, pensamientos y gestos espontáneos. En este sentido recuerda a lo que plantea Winnicott (1955) acerca de las fallas del ambiente en la adaptación a las necesidades del infante. “Es como si estos individuos hubieran sido aplastados por una ley materna inexorable que cuestionaba su derecho de existir de un modo vital e independiente.” (McDougall, 1985, p. 17)

La ausencia de producción onírica y de fantasías suele remplazarse por reacciones somáticas; los afectos pueden aparecer transitoriamente como pseudopercepciones. Estos elementos suelen alertar al analista a través de los intensos afectos sentidos por él (confusión, irritación, angustia, aburrimiento) que lo aproximan al dolor y sufrimiento del niño que tuvo que excluir de su vida anímica su vitalidad interna para sobrevivir. (McDougall, 1985)

Estos aportes favorecen la comprensión de los aspectos contratransferenciales en el vínculo con estos pacientes, ya que se constituyen como la vía de acceso a la afectividad persistentemente suprimida por ellos. McDougall afirma que “(...) con los analizandos desafectivizados, si uno no se mantiene vigilante respecto de los afectos contratransferenciales en la relación analítica, corre el riesgo de permanecer simplemente silencioso o incluso de desinvertir el trabajo con ellos.” El mensaje esencial que puede leerse en la contratransferencia es que de manera inconsciente el paciente tiene la intención de que el terapeuta experimente lo que el niño sintió en una época, “(...) que la comunicación es inútil y que el deseo de una relación afectiva viva no tiene esperanza.” (McDougall, 1985, p. 16)

El constante ataque al encuadre analítico o a la relación y al proceso mismo, es de una profunda importancia y puede potencialmente ser de valor para comprender la estructura de personalidad subyacente del paciente, pero su significado carece en absoluto de interés para el paciente. (McDougall, 1985, p. 17)

Las frecuentes llegadas tarde de María así como su inasistencia en varias oportunidades, en las que a veces llamaba para comunicar que se había dormido o que algún imprevisto le había impedido concurrir, se producían sobre todo luego de sesiones afectivamente movilizantes. Contactar con ciertos aspectos de su vida anímica suponía un nivel de sufrimiento difícil de tolerar y la necesidad de tomar distancia momentánea del tratamiento.

Las dificultades de estos pacientes para comprender su realidad psíquica, sobre todo en lo que tiene que ver con sus afectos, también conlleva dificultades para comprender la afectividad de los demás. La consecuencia de esto es que suelen ser los otros quienes se ven profundamente afectados en el encuentro con ellos. “El temor a verse desbordado, (...), a menudo obliga al individuo a atacar no solo su percepción de sus afectos sino también cualquier percepción externa que pueda implicar el riesgo de producir emociones” (McDougall, 1985, p. 19)

La angustia, el enojo, el aburrimiento e incluso la apatía que María no lograba verbalizar, eran vivenciados contratransferencialmente en el trabajo con ella. Las oscilaciones en sus vínculos con otros, transitando constantemente entre la superficialidad y la intimidad, evidencian su dificultad para tolerar la proximidad y la separación con otros, así como para elaborar las manifestaciones de su afectividad.

En este punto del desarrollo resulta pertinente incorporar las conceptualizaciones de Fanny Schkolnik acerca de los aspectos arcaicos en las neurosis. Esta psicoanalista uruguaya sostiene que no se puede trazar límites tan claros entre las distintas estructuras psicopatológicas, dado que en la clínica frecuentemente se presentan sujetos cuya organización psíquica trasciende la nosografía clásica. Sujetos con un funcionamiento predominantemente neurótico en el que persisten elementos que evocan lo que sucede en los orígenes del mismo. (1995)

Lo arcaico, desde la perspectiva psicoanalítica, no es propiamente lo que pasó en el origen sino lo que no puede procesarse psíquicamente y, tal como se daba en el funcionamiento más primitivo del sujeto, se pone de manifiesto en la esfera de los actos. (Schkolnik, 1995, p. 309)

En estas neurosis persiste cierta fragilidad en el funcionamiento psíquico del sujeto, que tiende al establecimiento de vínculos duales debido a que la separación del otro es vivida como una pérdida del yo. Lo dual remite al vínculo primario con la madre, en el que prevalece la indiscriminación y en el que la triangulación dada por la presencia del padre como tercero aún no se encuentra instalada. (Schkolnik, 1995)

Su experiencia clínica la conduce a distinguir entre dos tipos de vínculos duales en las neurosis: el dual preedípico y el dual arcaico. Esta distinción, si bien no es estricta ya que los pacientes pueden presentar características de ambos, es importante porque permite establecer diferencias en el trabajo clínico en función de cuál predomine en cada sujeto. En las neurosis a predominio del vínculo dual preedípico “(...) las vivencias de la temprana infancia con la madre se resignifican en el Edipo en una continuidad que está dada por una conflictiva predominantemente ligada a lo sexual.”

En las neurosis a predominio del vínculo dual arcaico existe “(...) una tendencia a lo fusional que evoca los primerísimos momentos de constitución del psiquismo, cuando aún no se habían establecido suficientemente los límites entre el mundo interno y el mundo exterior.” (Schkolnik, 1995, p. 310)

El funcionamiento arcaico se caracteriza por una oscilación permanente entre la indiscriminación y el temor a la fusión. Los vínculos con otros transcurren entre la dependencia extrema y la huida que conduce al aislamiento que aparenta independencia. Según Schkolnik, este funcionamiento supone carencias a nivel de la simbolización que acarrea dificultades para metabolizar vivencias y afectos, que permanecen ajenos al registro metafórico y se ponen en juego a través de actos o del cuerpo. (1995)

Las carencias en el proceso de simbolización afectan también las representaciones del cuerpo pudiendo llevar a trastornos psicósomáticos de diversa índole y dando lugar a que frente a situaciones de conmoción afectiva importante, los pacientes establezcan un cortocircuito psique-soma, en el intento de expulsar sobre el cuerpo lo intolerable para la psiquis. (Schkolnik, 1995, p. 311)

Schkolnik realiza una distinción entre los pacientes con predominio del vínculo dual arcaico y los fronterizos, ya que en ambas patologías son significativos los mecanismos de escisión y desmentida. Mientras que los fronterizos se estructuran en base a la escisión y la desmentida, los pacientes neuróticos a predominio dual arcaico lo hacen fundamentalmente en base a la represión pero mantienen áreas de funcionamiento que responden a la desmentida de la separación con el otro. Por otro lado, mientras que en los fronterizos se trata de una escisión fallante que no define un funcionamiento claramente neurótico ni psicótico, en las neurosis con aspectos duales arcaicos la escisión resulta exitosa conservando un funcionamiento adecuado en algunas áreas, en tanto que en otras presentan carencias. (Schkolnik, 1995)

En estos sujetos suelen coexistir niveles de funcionamiento intelectual elevados con cierta pobreza a nivel de las fantasías y la metaforización, permaneciendo muy ligados al plano concreto y pragmático. Es por eso que “(...) habitualmente se conducen como neuróticos, a nivel social y laboral, mientras que en el ámbito de los vínculos más próximos, y particularmente en el análisis, nos sorprenden con lo primitivo de sus respuestas (...)” (Schkolnik, 1995, p. 312)

Para entender la existencia de aspectos arcaicos en las neurosis, afirma que si bien resulta riesgoso elaborar hipótesis acerca de lo ocurrido en los orígenes del sujeto, se podría plantear que hubo una falla en el investimento materno, que pudo haber

resultado de un déficit o de un exceso. Podría tratarse de una madre que tuvo dificultades para investir libidinalmente a su hijo o de una madre demasiado presente que no pudo reconocerlo como un sujeto diferente de sí misma. Para que surja en el niño un espacio interno que posteriormente dé lugar a la simbolización, es necesario que se produzca de forma adecuada ese interjuego de presencia-ausencia favorecido por la madre, en la medida en que habilita al padre en su función de tercero que sostiene la triangulación. (Schkolnik, 1995)

Con estos pacientes el tratamiento se centraría en ayudarlos “(...) a encontrar ese espacio interno necesario para el trabajo psíquico de simbolización que está obstaculizado por la indiscriminación con el otro.” (Schkolnik, 1995, p. 313) A lo que agrega: “(...) con ellos buscamos fundamentalmente favorecer la ligazón de lo que no ha sido historizado, en el marco de un encuadre que establece los necesarios límites y de un vínculo analítico que ofrece la posibilidad de un importante investimento.” (1995, p. 314)

El trabajo de simbolización tiene estrecha relación con la dinámica pulsional que se pone en juego en el vínculo del sujeto con el otro en las primeras etapas de su vida. Es a partir de ese encuentro primordial “(...) que se produce la transformación de lo biológico en psíquico en función de la cualidad del investimento de ese otro, que a la vez introduce al sujeto en el mundo del lenguaje y la comunicación.” (Schkolnik, 2007, p. 25)

Lo que se inscribe en el psiquismo en épocas tempranas, cuando aún no se tuvo acceso al lenguaje, tiene que ver con los mensajes portadores de los deseos inconscientes del otro. Estas inscripciones no siempre estarán disponibles a la simbolización que conduce a la producción de sentidos; muchas de ellas permanecerán en un nivel inconsciente. Pero, según Schkolnik “(...) también habrán nuevas inscripciones a partir de situaciones vitales diversas en relación con otros significativos.” (2007, p. 25, 26)

La simbolización sería entonces el trabajo psíquico a través del cual esas primeras inscripciones son traducidas, configurando encadenamientos de representaciones que dan lugar al registro metafórico y habilitan la constitución de una malla que permite la circulación del afecto. “El trabajo de simbolización supone la ligazón libidinal necesaria para mantener esa malla, para que puedan darse los cambios que permitan el crecimiento psíquico, pero a la vez la desligazón, las rupturas que posibiliten el establecimiento de nuevos lazos.” (Schkolnik, 2007, p. 28)

Lo que no accede a la simbolización es lo que no cambia, ya sea por un exceso de ligazón que no da lugar a nuevos lazos, o por un exceso de desligazón que impide la construcción de sentidos que resignifiquen lo proveniente de lo pulsional y del otro. En el trabajo clínico con pacientes que presentan fallas en la simbolización es necesario “(...) establecer puentes, realizar ligazones que permitan recomponer esa malla fallante que no permite el acceso al sentido.” Se trata de “(...) crear las condiciones para que el paciente se conecte con lo propio a partir del encuentro con otro distinto al originario, que a la vez favorece la actualización de vivencias del pasado.” (Schkolnik, 2007, p. 35)

Desde sus distintos enfoques, las conceptualizaciones teóricas planteadas ayudan a comprender y explicar las transformaciones identificadas durante el proceso realizado con María y los aspectos que no se modificaron, sobre los que es necesario continuar trabajando.

Desde la perspectiva del self se puede pensar que las fallas en el desarrollo temprano, en cuanto a la adaptación del entorno a las necesidades de María, jugaron un papel importante en su necesidad de defenderse de la amenaza de desborde que pudo haber sido vivida en esos primeros tiempos aunque no pudo ser integrada en su psiquismo. Esto se puede inferir a partir del vínculo terapéutico de sus dificultades para contactar con sentimientos, emociones, pensamientos, deseos, que tendrían que ver con su self verdadero. En la medida en que el espacio terapéutico ofició de sostén, brindando contención, calidez y adaptándose a sus necesidades de ser escuchada, mirada y esperada, pudo percibir la confianza necesaria para reconocer estos aspectos de su vida anímica y trabajarlos en un vínculo diferente al de los primeros tiempos. La psicoterapia propició la integración de dichas vivencias, para que pudiera pensarlas, poniéndolas en palabras.

Esto también puede ser comprendido desde una perspectiva de la estructuración psíquica que le otorga un valor central a lo pulsional y a los encuentros y desencuentros que se producen en los orígenes del sujeto, respecto de las posibilidades de simbolización y metaforización que generan. En la primera etapa del trabajo con María, dichas posibilidades se encontraban limitadas, predominando un discurso centrado en lo concreto, en el que no había lugar para la circulación del afecto. De tal forma que las pérdidas vividas no pudieron ser elaboradas, llevándola a apartar la movilización afectiva ocasionada.

En tanto el encuentro terapéutico favoreció la construcción de ligazones entre los acontecimientos vividos, su historia reciente y sus recuerdos infantiles, pudo subjetivarse, dando cuenta de la continuidad y la relación entre dichos sucesos. También pudo reconocer sus dificultades para sostener vínculos de intimidad, por el temor al exceso de proximidad que la conduciría a la indiscriminación, así como a la pérdida del otro, que supondría una pérdida de aspectos propios.

Estas construcciones teóricas coinciden en el valor que le otorgan a los aspectos transferenciales para inferir acerca de lo acontecido en los vínculos primarios. Lo que surge de los encuentros con María nos conduce a pensar que algo sucedió en sus primeros años de vida, que tuvo que ver con sus carencias para tolerar y elaborar su afectividad. Una familia en la que la expresión de afectos no adquiere un lugar valorado. La figura de una madre que toma decisiones por los demás, resultando invasiva. Una figura paterna sumisa, cuya presencia aparece difusa en el discurso de María.

Esto permite aproximarnos a la idea de un entorno que no pudo reconocer y adaptarse a sus necesidades como sujeto con una afectividad, pensamientos y deseos propios. También conduce a pensar que la distancia con sus objetos primarios no fue la adecuada, ya sea por exceso o por carencia, no se pudo sostener la ausencia necesaria que conduce a la representación psíquica; una terceridad que no se configura con fuerza en su psiquismo, a pesar de que la reconoce.

En este sentido, el encuentro terapéutico le ofreció la posibilidad de ser pensada por otros que le devuelven la discontinuidad existencial que pone en escena al venirse a Uruguay, acerca de la cual no puede formularse preguntas; y de contactar con las pérdidas recientes, la muerte del abuelo, la crisis económica, la separación del novio. Esto le permitió percibirse de otra forma, tener una mejor comunicación con sus objetos internos y externos, y lograr una imagen más integrada de sí misma.

La construcción de una alianza terapéutica, con los cuidados de no resultar un vínculo invasivo ni distante, contribuyó a que María no solo pudiera sostener el tratamiento durante un año, sino que también pudiera construir una demanda propia, un pedido de ayuda al reconocer su necesidad de seguir profundizando sobre dichos logros.

Conclusiones

Este trabajo favoreció una reflexión profunda acerca de una intervención desarrollada en el marco de una práctica pre-profesional. No es habitual para cada proceso de intervención elaborar una producción de este tipo, por lo que resultó sumamente enriquecedor poder hacerlo sobre esta situación clínica. Aportó el acercamiento a una metodología que motivó la selección de los datos más relevantes de la conflictiva de María, sin ahondar en detalles, brindando los elementos suficientes para conocerla.

La Formulación Psicodinámica del Caso (2014) hizo posible la presentación del material clínico de un modo sistematizado, resguardando la confidencialidad y la privacidad de la paciente. Además, constituyó una herramienta valiosa para compartir el material, contribuyendo con la producción de conocimientos en el ámbito clínico.

Pensar acerca de los aspectos diagnósticos y etiopatogénicos brindó la oportunidad de comprender el funcionamiento psíquico de María, contextualizándolo en su historia vital, su entorno familiar y los acontecimientos recientes vinculados a su padecimiento. Así como también considerando los afectos movilizados contratransferencialmente para construir las vivencias de las que ella no podía dar cuenta.

Por su parte, el Modelo de los Tres Niveles (2005) ofreció la oportunidad de reflexionar acerca de los cambios ocurridos en el proceso terapéutico. En el trabajo clínico no siempre resulta sencillo identificar transformaciones. Sin embargo, el análisis de las distintas dimensiones del cambio propició la observación de los resultados de un proceso de escucha, de contención, de disponibilidad, necesario para que la paciente pudiera desplegar aspectos más sanos de su funcionamiento. La ausencia de un claro conflicto neurótico, de angustia, de insight, evidenciada al comienzo de la intervención, hacía difícil imaginar las modificaciones que finalmente fueron posibles.

El empleo de estas herramientas resultó sumamente desafiante ya que implicó el esfuerzo de procesar el material clínico disponible para poder presentarlo sintéticamente, de forma tal que pudiera comprenderse la conflictiva de la paciente. La mayor dificultad percibida fue pensar las dimensiones diagnósticas del caso en sus diferentes niveles (trastorno, funcionamiento, relaciones interpersonales, conflictos y defensas, estructura), ya que discernir los aspectos relativos a cada uno de ellos resulta sumamente complejo. Son elementos que se encuentran íntimamente

relacionados, cuya distinción conlleva un trabajo considerable. Sin embargo, también representó una oportunidad de comprender el diagnóstico de María, para pensar acerca de las causas y las circunstancias vitales que la condujeron a consultar; el plan terapéutico llevado a cabo y los resultados del mismo. El tratarse de una intervención que ya finalizó aportó una perspectiva temporal que facilitó la identificación de los logros alcanzados y de los aspectos que no se pudo trabajar. Esta elaboración en distintos tiempos hizo más permeable la relación entre las observaciones clínicas y las nociones teóricas.

La producción de este trabajo brindó también la posibilidad de incursionar en distintas lecturas de la teoría psicoanalítica, desde lo clásico a lo contemporáneo, que contribuyeron a una aproximación conceptual de la experiencia, no solamente desde lo descriptivo. Los recursos teóricos del Psicoanálisis resultaron aportes valiosos para comprender el padecimiento de María y para construir un abordaje terapéutico adecuado y fundamentado.

La supervisión representó una instancia sustancial para pensar la práctica con un tercero que favorece la reflexión, brindando elementos para ampliarla y ofreciendo otra lectura del material clínico con cierta distancia operativa. Propició también la adaptación de la estrategia de intervención al tiempo estipulado por las condiciones institucionales de inserción desde el Practicantado. El análisis personal resultó primordial para la comprensión de lo acontecido en los encuentros con la paciente y de las movilizaciones afectivas ocasionadas contratransferencialmente.

En suma, este proceso supuso aprendizajes en varios sentidos. La importancia de reflexionar constantemente sobre la clínica, compartirlo con otros, supervisar, pensarla y pensar-se, en el ejercicio de comprender lo que acontece en el encuentro y lo que le sucede al paciente. Entender que la subjetividad del sujeto que interviene y las resonancias generadas a partir del vínculo terapéutico, cuando son analizadas, contribuyen al conocimiento de la conflictiva del sujeto que consulta. No obstante, cuando esto no ocurre, pueden devenir en obstáculos para la labor clínica. Aprender a contemplar las posibilidades y limitaciones que se juegan en dicho encuentro, para orientar el abordaje terapéutico en función de ello. Permitió un acercamiento a una característica propia del ámbito clínico: las reflexiones siempre están abiertas a nuevas lecturas, a otras miradas, a distintas conceptualizaciones. Por lo tanto, antes que ser un trabajo concluyente de la experiencia llevada a cabo, es un trabajo que abre la posibilidad de nuevos intercambios y consideraciones.

Referencias

Alliance of Psychoanalytic Organizations (Eds.) (2006) *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.

Bernardi, R. (5 de julio de 2011) *Método de análisis de observación clínica: “Modelo de tres niveles para la observación de transformaciones en el paciente” (3-L Model)*. Recuperado de:
http://adminweb.dyndns.org/ijapsi/doctos/librosYpub/M%C3%A9todo_de_an%C3%A1lisis_de_observaci%C3%B3n_cl%C3%ADnica_01-09-2011.pdf

Bollas, C. (1991) Afección normótica. En *La sombra del objeto: Psicoanálisis de lo sabido no pensado* (pp. 167-191). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Convenio entre la Administración de Servicios de Salud del Estado (A.S.S.E.) y la Universidad de la República - Facultad de Psicología. (2009) Montevideo, Uruguay. Recuperado de:
<http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/Convenio%20ASSE.pdf>

De Souza, L., Rebuffo, N., et al. (Noviembre de 1991) Transferencia en Winnicott. En *Primer Congreso de Audepp - Transferencia - Conferencias, Paneles y Trabajos* (pp. 221-227). Montevideo, Uruguay.

García, A. M. (2010) Falso Self. *Revista de Psicoanálisis, Psicoterapia y Salud Mental*, 3(7), s/pp. Recuperado de: <http://psi.usal.es/rppsm/n72010/garciajerez2.pdf>

Green, A. (1990) El analista, la simbolización y la ausencia en el encuadre analítico. En *De locuras privadas* (pp. 48-87). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Grupo de trabajo OPD (Eds.) (2008) *Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2): Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia* Barcelona, España: Herder.

McDougall, J. (1985) El Paciente Desafectivizado. Reflexiones sobre la Patología del Afecto. *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica*. I(4), 7-24.

Méndez, M. E. (2005) El otro en las personalidades narcisistas. *Itinerario*, 1(3), s/pp. Recuperado de: <http://www.itinerario.psico.edu.uy/revista%20anterior/Elotroenlaspersonalidadesnarcisistas.htm>

Muniz, A. (2005) Conceptualizaciones acerca del diagnóstico y la intervención psicológica. En A. Muniz (Comp.) *Diagnósticos e Intervenciones: Enfoques Teóricos, Técnicos y Clínicos en la Práctica Psicológica*. (Vol. 3, pp. 11-28). Montevideo, Uruguay: Psicolibros Waslala.

Rodríguez, M. y Rodulfo, R. (1998) Los trabajos del analista en el tratamiento de una adolescente con un trastorno narcisista no psicótico. En R. Rodulfo (Comp.) *Trastornos Narcisistas No Psicóticos: Estudios psicoanalíticos sobre problemáticas del cuerpo, el espacio y el aprendizaje en niños y adolescentes.* (pp. 251-282) Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Schkolnik, F. (Setiembre de 1995) Lo arcaico en la neurosis. En *IX Jornadas Psicoanalíticas de APU* (pp. 309-314). Montevideo, Uruguay.

Schkolnik, F. (2007) El trabajo de simbolización: Un puente entre la práctica psicoanalítica y la metapsicología. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis.* 104, 23-39.

Tabbia, C. (s. f.) *El aburrimiento: la emoción anulada*, s/pp. Recuperado de: <https://www.yumpu.com/es/document/view/12848334/el-aburrimiento-la-emocion-anulada-grupo-psicoanalitico-de->

Varela, B., de Souza, L., Miller, D., Oyenard, R., Villalba, L., Zytner, R. y Bernardi, R. (2014) La formulación psicodinámica del caso (FPC). *Revista de Psiquiatría del Uruguay.* 78(2), 173-195.

Winnicott, D. (1954) Aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico. En D. Winnicott (1979) *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (pp. 377-398). Barcelona, España: Laia.

Winnicott, D. (1955-56) Variedades clínicas de la transferencia. En D. Winnicott (1979) *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (pp. 399-404). Barcelona, España: Laia.

Winnicott, D. (1960) La distorsión del yo en términos de self verdadero y falso. En D. Winnicott (1993) *Los Procesos de Maduración y el Ambiente Facilitador: Estudios para una teoría del desarrollo emocional* (pp. 182-199) Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Winnicott, D. (1963) El trastorno psiquiátrico en términos de los procesos infantiles de maduración. En D. Winnicott (1965) *El proceso de maduración en el niño: Estudios para una teoría del desarrollo emocional* (pp. 281-296) Barcelona, España: Laia.

Winnicott, D. (1963) El miedo al derrumbe. En C. Winnicott, R. Shepherd y M. Davis (1991) *Exploraciones psicoanalíticas I* (pp. 111-121) Buenos Aires, Argentina: Paidós.