



Instituto Superior de Estudios de la Familia

**ANÁLISIS DE UN CASO DE TERAPIA INDIVIDUAL SISTÉMICA:
LA CONSTRUCCIÓN DE HIPÓTESIS COMPLEJAS**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRÍA EN TERAPIA FAMILIAR

PRESENTA

Rosa María Rodríguez Rodríguez

Directora de Tesis: Mtra. Tatiana Berger Zappi

Comité revisor: Mtra. Esther Althaus Roffe

T.F. Sara Salzman Kolodech

México, D.F.

2015

Con reconocimiento de Validez Oficial de Estudios de la Secretaría de Educación Pública.

Según acuerdo No. 974201 de fecha 18 de Julio de 1997.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS..... iv

INTRODUCCIÓN..... 1

CAPÍTULOS

I. MARCO TEÓRICO 3

1.1. Hipotetizar desde la complejidad..... 3

1.2. Desarrollos teóricos y conceptuales que conforman la relación terapéutica..... 6

1.2.1. Sistema terapéutico desde la cibernética de segundo orden..... 7

1.2.2. Aspectos de la Teoría del Vínculo..... 9

1.2.3. Teoría del Apego.....10

1.2.4. La relación terapéutica en el enfoque sistémico..... 12

1.2.5. La relación terapéutica en el psicoanálisis..... 14

1.3. Mecanismos de defensa intrapsíquicos..... 17

1.4. Mecanismos de defensa transpersonales..... 21

1.4.1. Identificación proyectiva..... 21

1.4.2. Colusión.....24

1.4.3. Mistificación..... 26

1.4.4. Doble vínculo..... 27

II. ANÁLISIS DE CASO..... 28

2.1. Descripción..... 28

2.2. Motivo de consulta..... 29

2.3. Contexto de la derivación..... 29

2.4. Historia..... 30

2.5. Genograma..... 34

2.6. Mapas..... 35

2.7. Contenidos recurrentes durante el proceso terapéutico..... 37

2.8. Hipótesis sistémica desde la complejidad..... 38

2.9. Diagnóstico psicodinámico..... 42

2.10. Mecanismos transpersonales..... 44

2.11. Objetivos terapéuticos y estrategias utilizadas.....	46
2.12. Persona del terapeuta.....	49
III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	52
IV. BIBLIOGRAFÍA.....	54

AGRADECIMIENTOS

A David y Lorena, por su paciencia en todas las horas que pasé frente a la computadora, trabajando o leyendo y porque cada día hacen que me sienta orgullosa de ser su madre. Los amo.

A Manolo por ser un gran compañero de vida. Por esa claridad que me ayuda a definirme en situaciones de duda y por todos nuestros momentos de complicidad, creo que no pude haber elegido una pareja mejor.

A mi hermano José Agustín y su familia Adela, Paola y Natalia, por su apoyo incondicional, su cariño y todos los momentos que hemos compartido.

A Dulce, mi querida *sensei* laboral, por su confianza, su apoyo y su cariño. Si nuestros caminos no se hubieran cruzado, creo que no sería la persona que hoy soy, cuentas con mi respeto, admiración y cariño por siempre.

Al Padre Cipriano por dejar a mi cuidado a unos de sus más queridos hijos: el CAF.

A mi equipo de Cenyelitztli: Maricarmen, Lala, Claudia, Martha, Hugo, Susi, Juanita, Male y Eli quienes crean un ambiente de compañerismo que hace que una vaya con gusto a la oficina.

Agradezco a mi querido equipo de terapeutas de Cenyelitztli, porque con cada conversación me han aportado un gran crecimiento profesional y personal. Me siento honrada de coordinar un equipo de trabajo como el que formamos.

A todas las compañeras, personal, maestros y supervisores del ILEF, pues desde que inicié la formación me han maravillado con la posibilidad de ampliar mi mirada. En especial, a mi supervisora Marisa que en cada sesión enriquece mi trabajo con cariño y precisión.

A Tatiana, por acompañarme en este trabajo de titulación, caminando a la par con su compromiso y conocimiento, no pude haber escogido mejor directora de tesis. A mis lectoras Esther y Sara por sus sabias anotaciones y su generosidad para transmitir su gran experiencia.

Mi querido grupo de colegas: Mariana, Regina, Claudia, Verónica, Sara y Esther. Por ese *chat* en el que puedo desde supervisar un caso, hasta compartir experiencias, recomendaciones, lecturas o simplemente reírme con sus ocurrencias.

A mis amigas, siempre dispuestas a echarme la mano cuando los tiempos se me complican, en especial a Rocío, Ana, Esther, Erika y Cole.

A Edith que con su trabajo responsable me ha dado el tiempo para hacer lo que me apasiona.

Gracias a todos mis pacientes, por su confianza para permitirme acompañarlos a construir ese maravilloso viaje en que confluyen presente, pasado y futuro: el proceso terapéutico.

Finalmente, agradezco a mis padres Pepe y Rosa, a quienes dedico esta tesis, por ser un invaluable ejemplo de superación, por su compañía y porque me han apoyado de todas las formas posibles en esta aventura académica que inició cuando me llevaron al preescolar y concluye, por ahora, en obtener el grado de maestría. Los admiro y los quiero.

INTRODUCCIÓN

La complejidad se impone en principio como imposibilidad de simplificar; surge allí donde la unidad compleja produce sus emergencias, allí donde se pierden las distinciones y claridades en las identidades y las casualidades, allí donde los desórdenes y las incertidumbres perturban a los fenómenos, allí donde el sujeto-observador sorprende a su propio rostro en el objeto de su observancia, allí donde las antinomias hacen divagar el curso del razonamiento... (Morin, 1997, p. 425).

El presente trabajo expone un caso clínico de terapia individual sistémica, en el que se pone en práctica el análisis que permite la realización de hipótesis sistémicas complejas, abarcando los diferentes niveles de comprensión de la realidad expuesto en la maestría en terapia familiar y que se ha complementado con el diplomado de terapia individual sistémica.

Considero que en el proceso terapéutico confluyen el pasado a través de la memoria, el futuro mediante las expectativas y el presente en el aquí y el ahora, del paciente, pero también del terapeuta. Las hipótesis en la psicoterapia provienen de la teoría que constituye el marco de cada terapeuta y de sus experiencias, de la interacción entre las historias personales del terapeuta y las situaciones clínicas que tiene enfrente. (Bertrando, 2011).

Incluir una mirada psicodinámica, relacional, transgeneracional y contextual en la epistemología del terapeuta, permite construir hipótesis desde la complejidad, incluyendo los diferentes niveles que enriquecen la comprensión del sistema terapéutico y por lo tanto de las formas de intervención.

Por lo anterior en el marco teórico se revisa la construcción de hipótesis complejas. Los desarrollos teóricos y conceptuales que conforman la relación terapéutica desde la cibernética de segundo orden realizando una descripción de la concepción de la relación terapéutica desde un enfoque sistémico y desde el psicoanálisis, incluyendo la transferencia y contratransferencia. Se revisa la teoría del vínculo, la teoría del apego y la persona del terapeuta.

También se hace una descripción de los mecanismos de defensa intrapsíquicos y de los transpersonales.

Con esta información se realizará el análisis del caso de terapia individual desde diferentes niveles de explicación, para finalizar con las conclusiones y recomendaciones.

I. MARCO TEÓRICO

1.1. Hipotetizar desde la complejidad

Dentro del psicoanálisis se utiliza el término de diagnóstico, mientras que con un enfoque sistémico se utiliza el término de hipótesis diagnóstica o hipótesis sistémica, haciendo referencia a posibles explicaciones de lo que le sucede a quien solicita la atención terapéutica.

Bertrando (2011) menciona que la construcción de hipótesis por parte del terapeuta tiene que ver con el significado de ideas y sentimientos provisionales, que definen una nueva conexión entre las emociones y comportamiento de los consultantes. Pero nacen de la interacción que se da en el proceso terapéutico “un terapeuta solo puede crear la hipótesis que sus clientes le permiten crear” (Bertrando, 2011, p. 65). En la terapia sistémica, hipotetizar es hacer una lectura transitoria y renovable de los eventos, lo cual promueve el diálogo, pues las hipótesis se completan cuando se le proponen al paciente. (Bertrando, 2011).

Bajo esta mirada, las hipótesis introducen diferencias a través del lenguaje en la conversación terapéutica, lo cual impacta en el pensamiento, que a su vez incide en los sentimientos y emociones para finalmente afectar de alguna forma la conducta. Con respecto a la complejidad, Morin (1998) menciona que el pensamiento complejo es aquel que se sabe temporal en cuanto a estar ubicado en un momento y contexto específico. Es un pensamiento en el que hay incertidumbre pues siempre está incompleto, ya que constantemente traducimos y reconstruimos, pues se asume que la complejidad tiene contradicciones ya que no existe una realidad como tal.

Pérez Alarcón (2009), retomando el pensamiento de Morin, habla de un diagnóstico desde la complejidad, “el cual es por definición hipotético, incompleto y contradictorio, que incluye una cantidad de elementos no predecibles e inciertos”. Así como también “se construye y transforma durante el proceso terapéutico”. (Pérez, 2009, p. 66).

En nuestra labor profesional formulamos hipótesis sistémicas que se enriquecen con diferentes niveles de complejidad, de los que podemos mencionar los siguientes:

- 1) *Diagnóstico psicodinámico*.- comprende básicamente nivel de funcionamiento, rasgos de personalidad y los mecanismos de defensa que utiliza repetidamente.
- 2) *Sistema de creencias y construcciones sociales*.- se refiere al contexto del paciente y su relación con él.
- 3) *Sistemas familiares*.- historia transgeneracional, pautas de conducta, forma de vincularse, etc. Toda aquella información sobre la estructura familiar, las jerarquías y los roles.

Por supuesto sin olvidar la parte física, biológica y genética que conforma el sistema individual.

El pensar desde estos distintos niveles permite la construcción de explicaciones complejas, que influirán en formas de intervención y en probables pronósticos.

La psicoanalista Nancy McWilliams (1994) menciona algunas ventajas de realizar un diagnóstico siempre y cuando se haga adecuadamente, como las siguientes:

- 1) la posibilidad de planear un tratamiento;
- 2) proporciona información acerca de un posible pronóstico;
- 3) contribuye a la protección de quienes utilizan los servicios de salud;
- 4) favorece el que el terapeuta pueda comunicarse empáticamente;
- 5) proporciona información que permite tomar medidas para reducir las posibilidades de que los pacientes abandonen el tratamiento.

Para realizar un diagnóstico psicodinámico que favorezca la comprensión del paciente, exploramos, evaluamos y analizamos lo siguiente:

- a) *Mecanismos de defensa*.- cuales son los que utiliza predominantemente y a qué nivel epigenético pertenecen, pues una vez que se adquieren ya se quedan a disposición del yo.
- b) *Identidad*.- se evalúa que tan integrada está o qué posibilidades tiene de estarlo.
- c) *Prueba de realidad*.- se refiere a un proceso postulado por Freud, “que permite al sujeto distinguir los estímulos procedentes del mundo exterior de los estímulos internos”. (Laplanche & Pontalis [1967], 1996, p.313). Tiene que ver con la posibilidad de diferenciar lo que es representado con lo que es percibido, pues la mente tiene la capacidad de evocar un objeto a través del recuerdo sin que necesariamente esté presente.

- d) *Yo observador*.- se relaciona con qué tan egodistónico o egosintónico¹ son los rasgos de personalidad, los síntomas, la forma de actuar del paciente.
- e) *Conflicto primario*.- durante el desarrollo evolutivo, se pasa por una serie de etapas dinámicas diferentes (oral, anal, edípica y genital), cada una con un desafío psicosocial propio y la forma en que se resuelve es decisiva para la formación de la personalidad del individuo. Así la etapa del nivel de desarrollo donde se fije el trauma primario, va a proporcionar una gran información sobre los rasgos de personalidad del paciente.
- f) *Transferencia*² y *contratransferencia*³.- la evidencia clínica sugiere que si se trata de neurosis se da de forma benigna y acompañada de un sentimiento de colaboración, mientras que si el paciente es border resulta abrumadora y tiende a despertar hostilidad pues el terapeuta siente que se abusa de su persona. Cancrini (2007) menciona que quienes tienen un trastorno borderline de personalidad parecen estar siempre buscando una relación significativa con el otro, su mayor dificultad es la falta de integración de las representaciones buenas y malas, sus emociones y conducta se presentan sin matices, pasan de la idealización a la vivencia de la persecución con personas significativas sean o no familia y se incluye al terapeuta, “puede suceder que el paciente obligue al terapeuta, con la modalidad particular y concreta de su provocación, a entrar en contacto con sus partes menor logradas, con los puntos críticos más o menos dolorosos de su repertorio”. (Cancrini, 2007, p. 296).

En el caso de la psicosis la contratransferencia es intensa, abrumadora pero benigna, suele despertar en el terapeuta la necesidad de proteger al paciente.

McWilliams (1994) enfatiza que tanto la transferencia como la contratransferencia resultan de la mezcla de material intrapsíquico estimulado por el vínculo terapeuta-paciente, que en ocasiones pesa más de un lado que de otro, pero en todo caso el terapeuta siempre debe responsabilizarse de sus propias reacciones aunque sean

¹ Egodistónico se refiere a un síntoma que a la persona le resulta problemático e irracional, mientras que es egosintónico cuando a la persona le parece la única forma lógica en que puede reaccionar ante determinadas situaciones por lo que no le causa malestar. (McWilliams, 1994).

² Transferencia se refiere al proceso por el cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un vínculo como puede ser el terapéutico. (Laplanche & Pontalis [1967], 1996).

³ Contratransferencia es el “conjunto de las reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y, especialmente, frente a la transferencia de éste”. (Laplanche & Pontalis [1967], 1996 p. 84).

provocadas por el paciente y si esto lo abre en sesión, es conveniente que sea en forma de hipótesis, de manera que invite al paciente a reflexionar si le hace sentido o no.

La principal herramienta del terapeuta es su propia persona. Los sentimientos, las reflexiones, las acciones que nacen en cualquier miembro del sistema terapéutico tienen un sentido y una función para el mismo sistema del cual emergen.

La epistemología con que se trabaja como terapeutas se construye en la práctica, el terapeuta requiere de un proceso que implica intervención, supervisión, espacios de enseñanza, terapia personal, etc. Lo cual le permitirá estar mejor preparado para enfrentar los retos que implica el trabajo clínico con pacientes. (Pérez Alarcón, 2008).

En la misma línea, de acuerdo a las ideas de Laing el terapeuta desde el primer contacto con el paciente, actúa y a su vez influye en él generando una matriz de reciprocidades que determinará el curso de la situación social psicoterapéutica iniciada y de las expectativas de sus participantes. (Rivera, 2011).

Al hablar de la construcción de hipótesis sistémicas desde la complejidad para analizar un caso de terapia individual sistémica, destacan dos aspectos:

- 1) Utilizar una lectura compleja tejiendo conjuntamente elementos que provienen de la concepción psicoanalítica y de la sistémica, así como de otras plataformas teóricas pertinentes al caso, en lugar de una visión positivista que propone separar para analizar.
- 2) Considerar el sistema terapéutico sin disociar al terapeuta del paciente, pensando en realidades que se entretrejen íntimamente.

1.2. Desarrollos teóricos y conceptuales que conforman la relación terapéutica

La relación terapéutica es aquella que se da entre dos o más personas, con un objetivo específico pues se persigue un fin.

En el caso de la terapia individual está el terapeuta, especialista, analista y el consultante, paciente, cliente o cualquier otra denominación que se utilice, dependiendo de la epistemología con la que se trabaje. Independientemente de los nombres que se

les otorgue a cada uno de los participantes, existe una persona con una demanda, con una serie de expectativas, que la hace buscar un proceso terapéutico y hay un “profesional” al que se le considera capaz de satisfacerlas.

Entre ambos se establece una relación concensuada a través del encuadre, el cual se organiza de acuerdo a la postura teórica que sostiene cada terapeuta, que en cualquier caso implica una forma de considerar la responsabilidad, las expectativas y la jerarquía en el vínculo terapéutico.

La forma de trabajo en un enfoque sistémico suele ser una sesión semanal o en algunos casos quincenal, con una duración de una hora.

1.2.1. Sistema terapéutico desde la cibernética de segundo orden

Keeney (1987) menciona que la idea básica de la cibernética es la retroalimentación⁴, presente en toda forma de aprendizaje y en cualquier relación. Se espera que la psicoterapia promueva formas alternativas de retroalimentación que introduzcan diferencias.

En la Cibernética de Primer Orden se postulaba la objetividad del observador a través de una cierta distancia, lo ponía fuera del sistema, entendiendo que el terapeuta podría participar del proceso terapéutico con imparcialidad.

Heinz von Foerster desarrolla el planteamiento de la Cibernética de Segundo Orden, donde considera que el observador debía ser incluido en el sistema observado pues la objetividad no existe, ya que con observar se refiere a alcanzar la comprensión de algo utilizando todas las explicaciones, metáforas, parábolas, etc., con las que cada uno cuenta; lo cual significa que uno no ve lo que no comprende, por eso en la observación se puede encontrar más información del observador que del fenómeno observado.

Esto coloca al terapeuta en una posición donde no cabe la objetividad, pues todo aquello que se observa pasa por la propia percepción, la cual siempre es subjetiva; perspectiva que se

⁴ La retroalimentación se refiere a que cada elemento tiene un efecto sobre el siguiente y el último impacta en el que se inició el proceso, significa el retorno de la información a su punto de origen. (Capra, 1996).

relaciona con el Constructivismo, el cual se revisará más adelante y con el Construccinismo Social. Este último habla de la terapia como un proceso de co-construcción y se describe al terapeuta como la persona que toma parte en la construcción de realidades interpersonales diferentes de la realidad y los significados que el paciente ha ido construyendo a lo largo de su vida. “Así, las orientaciones metodológicas de la psicoterapia se identifican en lo siguiente: 1) la introducción de diferencias; 2) propuesta de diferentes descripciones de cierto acontecimiento; 3) las nuevas maneras de vincular comportamientos y acontecimientos; y 4) la introducción de la reciprocidad.” (McNamee & Gergen, 1996, p.70).

El terapeuta es parte del sistema, existe una retroalimentación mutua con su paciente en el diálogo, las conductas, el lenguaje no verbal, la simbolización, las metáforas, los sistema de creencias, los silencios, es decir, en cualquier forma de comunicación.

En cuanto al constructivismo aplicado a la psicoterapia, propone un proceso cognitivo mediante el cual el paciente construye su realidad, el conocimiento tiende a ser autorreferencial, es decir, la forma en que se adquiere el conocimiento y los significados que se le dan, a través de las experiencias, las interacciones y la intersubjetividad.

Con esta epistemología, Mony Elkaim citado por Gutiérrez (2010, p. 80) “entiende el vínculo terapéutico como un contexto que posibilita y da sentido a las *realidades* que se conversan, donde las mismas se crean y recrean desde el momento de compartirlas en el consultorio. Ahí ninguno de los miembros del sistema (terapeuta-pacientes) se desempeña en forma pasiva [...] Desde el vínculo terapéutico se abre una fuente inagotable de posibilidades de intervención y de entendimiento del problema no sólo para el terapeuta sino también para los propios consultantes”.

Elkaim (1989) utiliza algunos conceptos que facilitan la comprensión de esta postura, como los siguientes:

- *Autorreferencia*.- la descripción que hace el terapeuta está limitada por las creencias, los mapas y las premisas que tiene acerca del mundo. Elkaim propone que lo que experimenta el terapeuta tiene que ver con sus características, con su historia personal y también con el sistema en que éste emerge, el sentido y la función de la experiencia pueden convertirse en herramientas de análisis y de intervención al servicio del sistema terapéutico.

- *Resonancias*.- diferentes elementos tienen un tema común pero una historia diferente. Se manifiesta en una situación en donde la misma regla se aplica a la vez a la experiencia del paciente y al sistema terapéutico en su totalidad, es decir al terapeuta, al equipo de supervisión, a la institución en donde se da la terapia, al equipo de trabajo, al supervisor, etc.
- *Ensamblaje*.- reglas, vínculos, pautas biológicas o de interacción diferentes que pueden estar ligados a datos individuales, familiares, sociales u otros de los diversos miembros del sistema terapéutico. La amplificación de los ensamblajes puede bloquear o permitir la evolución del sistema; el terapeuta conocerá los circuitos relacionales al mismo tiempo que los consultantes y así se promoverá la apertura de posibilidades.

Los conceptos mencionados forman parte de la cibernética de segundo orden en la cual ha evolucionado el enfoque sistémico actual.

1.2.2. Aspectos de la Teoría del Vínculo

Pichon-Riviére (1985) habla de la Psiquiatría del Vínculo, como la psiquiatría de las relaciones interpersonales. Se refiere al vínculo como “la manera particular en que un sujeto se conecta o se relaciona con el otro o los otros, creando una estructura que es particular para cada caso y para cada momento” (Pichon-Riviére, 1985, p.22). El vínculo de dos se establece siempre en función de otros vínculos históricamente establecidos por el sujeto.

Otro de los puntos que menciona Pichon-Riviére como fundamentales de un proceso analítico, es la interacción permanente, donde todo ejerce una acción sobre el otro, ya sea referencial o histórica. En el aquí-ahora, la interacción entre terapeuta-paciente, representa algo concreto, una actitud donde la respuesta de uno condiciona la respuesta del otro. (Pichon-Riviére, 1985).

El vínculo no solo abarca la interacción entre las personas, si no su interexperiencia, que se refiere a la forma en como la conducta es percibida e interpretada de acuerdo a un conjunto de criterios, que se han ido aprendiendo, formando, condicionando, en su mayoría fuera de la conciencia reflexiva y que constituyen la forma en que miramos, en que significamos la conducta del otro. (Laing, Phillipson & Russell Lee, 1969).

Todo lo cual nos permite entender cómo es que en la relación terapéutica el paciente repite y se vincula de la forma en que ha aprendido a hacerlo y al mismo tiempo se abre la posibilidad, a través del modelaje y la interacción, de reaprender una forma diferente de vincularse y establecer relaciones más satisfactorias.

1.2.3. Teoría del Apego

“La conducta de apego se refiere a cualquiera de las diversas formas de comportamiento que la persona adopta de vez en cuando para obtener y/o mantener una proximidad deseada” (Bowlby, 1989, p. 42).

Bowlby menciona que la conducta de apego está preparada para formarse y lo hace de acuerdo al contexto en que la persona se desarrolla desde el inicio de la vida. El tipo de apego que alcanza una persona depende, en principio, de la experiencia que tiene con sus figuras de crianza y aunque esto se va modificando a medida que va interactuando con otras personas significativas en su vida, la relación que establece con sus objetos primarios es fundamental.

Esto es, si en la primera infancia las figuras parentales constituyen una base segura que se caracteriza por ofrecer: estabilidad, disponibilidad y confianza, la persona podrá organizar una conducta de apego que le facilitará vincularse satisfactoriamente. Pues un rasgo de la conducta de apego es la intensidad de la emoción que la acompaña, “si la relación funciona bien, produce alegría y una sensación de seguridad; si resulta amenazada, surgen los celos, la ansiedad y la ira; si se rompe habrá dolor y depresión” (Bowlby, 1989, p. 16).

Se mencionan cuatro categorías de la conducta de apego:

- 1) *Apego seguro*.- se desarrolla cuando el bebé se muestra tranquilo y afectivo en contacto con las figuras parentales, pues están disponibles y son capaces de proporcionarle contención.
- 2) *Apego ansioso evitativo*.- el bebé muestra poco contacto afectivo, pues sus figuras parentales generalmente se muestran apáticas, frías e indiferentes, por lo que encuentra difícil confiar y depender de ellas.

- 3) *Apego ansioso ambivalente*.- el niño es incapaz de predecir el comportamiento de sus cuidadores, a veces están y a veces no, por lo que se muestra enojado. Por lo general la madre manifiesta una afectividad intrusiva (ansiosa, tensa y exagerada) y el menor teme que en cualquier momento lo abandone.
- 4) *Apego desorganizado*.- el niño muestra confusión, pide el contacto con el cuidador y al mismo tiempo lo rechaza, no se da una conexión afectiva entre ambos, pues el cuidador suele mostrar conductas inusuales que llegan a atemorizar al menor.

Diferentes observaciones han permitido señalar que las personas cuyas experiencias de apego son predominantemente óptimas, presentan una mayor capacidad para regular internamente emociones como la ira, la culpa, la envidia y la vergüenza, entre otras. Mientras que aquellos individuos que presentan una historia de apego traumática, poseen carencias en su capacidad de regulación afectiva, lo cual impacta en su manejo de estrés y en su habilidad para establecer relaciones interpersonales íntimas.

La ansiedad, el miedo y el dolor promueven la conducta de apego en el ser humano a lo largo de toda su vida. También se ha observado que generalmente, estas son las emociones que determinan que un individuo busque un proceso terapéutico, por lo que en nuestra labor es importante explorar el tipo de apego predominante del consultante, que tiene una parte intergeneracional, pues esto va a influir el vínculo terapeuta-paciente y la forma en que se va a ir reelaborando la conducta de apego.

La terapia “ofrece una base segura que facilita la exploración, el desarrollo y el cambio. Tal sensación de seguridad surge de la eficacia del terapeuta para contribuir a que el paciente tolere, module y comunique sentimientos difíciles. En virtud de la seguridad generada por esas interacciones reguladoras del afecto, el vínculo terapéutico puede ofrecer un contexto para acceder a experiencias negadas o disociadas dentro del paciente que no han sido puestas en palabras” (Wallin, 2012, p. 13).

Para trabajar en terapia sobre la conducta de apego, Wallin (2012) propone los siguientes puntos:

1) Un diálogo inclusivo en que tenga el máximo de espacio la experiencia subjetiva del paciente (sentimientos, pensamientos y fantasías) comunicada verbalmente y a través del lenguaje no verbal.

Como terapeuta se debe estar atento tanto a lo que muestra el paciente como a la propia experiencia subjetiva, para poder reconocer y reflejar lo sentimientos del paciente y que se sienta entendido y aceptado.

2) Sensibilidad ante lo que sucede en el vínculo y disposición a iniciar la reparación, la cual incluye una negociación intersubjetiva terapeuta-paciente, que permita una regulación interactiva del afecto que en si promueve la autorregulación, dando cabida a hablar de los sentimientos complejos y resolverlos.

3) Postura de aceptación, junto a expectativas más elevadas de las capacidades del paciente de las que él mismo supone. El reconocimiento de los sentimientos del paciente incluso en la comunicación terapéutica fomenta la inclusión e integración.

4) Confrontación y fijación de límites. Al expresar el descontento con respecto a determinada conducta del paciente, marcando límites claros en la relación terapeuta-paciente se proporciona estructura, mostrando que se puede mantener la individualidad en el vínculo sin perder la conexión.

Así es como un proceso terapéutico puede construir una base segura precursora del cambio.

1.2.4. La relación terapéutica en el enfoque sistémico

El terapeuta sistémico considera que un proceso terapéutico se construye en la relación con el paciente.

Fortes (2009) señala que el sistema terapéutico se trata de una compleja interacción entre los mundos y submundos de los consultantes y del terapeuta, en su persona y en su formación profesional, así como el contexto social y político en que se da la terapia. Por lo que resulta imposible delimitar con precisión los mundos del terapeuta y del consultante.

Minuchin (1984) habla de tres diferentes posiciones del terapeuta que se dan durante el proceso, cada una de las cuales tiene características propias y son:

- 1) *Posición de cercanía*.- es de proximidad. El terapeuta confirma los aspectos positivos del paciente, el cual se siente reconocido y reafirmado en su persona, mientras que actuando de este modo, el terapeuta gana en intensidad pero puede quedar atrapado en las reglas de la participación.
- 2) *Posición intermedia*.- el terapeuta coparticipa como un oyente activo, utilizando el rastreo para obtener información y así pasar del contenido al proceso. Realiza intervenciones reestructuradoras, introduciendo en el individuo y ensayando nuevas conductas.
- 3) *Posición distante*.- aquí el terapeuta se apoya en su condición de especialista para crear contextos terapéuticos que le dan al paciente sentimientos de competencia y esperanza de cambio. Esta posición aumenta el liderazgo del terapeuta, pues acepta y apoya determinadas visiones, mientras que evita o ignora deliberadamente otras, con el fin de promover una cosmovisión más amplia que admita flexibilidad y cambio.

Es importante que el terapeuta pueda instrumentarse en cada una de estas posiciones y salirse de ellas, siempre al servicio y en beneficio del proceso terapéutico.

Una característica propia del enfoque sistémico, consiste en explorar los circuitos relacionales a través de las preguntas circulares y de la introducción de un tercero, esto es “evocar, para el cliente, a las personas significativas de su vida de relación, a fin de ampliar el horizonte espacial, temporal y relacional del diálogo” (Boscolo & Bertando, 2008, p. 141).

Boscolo y Bertrando (2008) mencionan algunos requisitos del terapeuta para desarrollar un contexto terapéutico que resumen lo que constituye el enfoque sistémico dentro de la terapia individual y son los siguientes:

- a) Asumir una posición de escucha hacia el paciente, directiva y activa en el curso de la sesión.
- b) La actitud de escucha es más activa y empática que pasiva.
- c) Mostrar curiosidad por el paciente, su historia y la evolución del proceso terapéutico.
- d) Interés por el diálogo interno y externo del paciente, estando atento al significado de las ideas, las palabras y las emociones del paciente en relación a sí mismo y con el sistema terapéutico.

- e) Mantener una visión circular de los hechos, junto a una visión lineal, lo cual permite considerar las relaciones recíprocas entre los acontecimientos y las acciones humanas, buscando así incluir una visión en espiral que tome en cuenta el tiempo, pues los acontecimientos se influyen retroactivamente.
- f) Tener conciencia del poder y de las cuestiones de género en la relación terapéutica y en las interacciones del paciente.
- g) Tener presentes los propios filtros que se tienen como terapeutas (premisas, experiencias y teorías) pues influyen en su lectura.

Lo deseable es que el terapeuta esté en una meta observación permanente, facilitada por su propio proceso de terapia individual y de supervisión constante.

1.2.5. La relación terapéutica en el psicoanálisis

Para entender el vínculo que se fomenta entre paciente y analista es necesario mencionar algunas conceptos teóricos que guían la técnica.

Fenichel (1964) señala que el analista trata de enseñar al paciente a eliminar los fines conceptuales y a no seleccionar las cosas que dice, por lo cual se le pide que diga todo aquello que pasa por su mente. Incluso menciona “el enfermo no debe ser activo en absoluto; su única labor consiste en no impedir la expresión de los impulsos que surgen en su interior” (Fenichel, 1964, p. 38).

Ya con palabras como: “enfermo”, “no activo” y “absoluto” podemos deducir que se parte de un paradigma diferente al que actualmente conocemos en el enfoque sistémico y que pone la relación terapéutica en un nivel distinto al que parte de la cibernética de segundo orden. Sin embargo, la referencia teórica resulta relevante para el presente trabajo, pues se incluyen conceptos psicodinámicos que se retomarán más adelante y que permitirán realizar el análisis del caso, desde la complejidad.

El objetivo del analista es:

- 1) Ayudar al paciente a eliminar sus resistencias lo más posible, llamando su atención sobre los efectos de las mismas.

- 2) El psicoanalista trata de deducir qué hay detrás de lo que menciona el paciente y le da esa información, proporcionándole las palabras necesarias para que exprese los sentimientos o pensamientos que están a punto de emerger y los haga conscientes. Esto es a lo que se llama interpretación “deducir lo que el paciente realmente tiene en su ánimo y comunicárselo” (Fenichel, 1964, p. 39).

Así, se observa como hay una postura del analista experto, que sabe y comunica lo que el paciente necesita.

Sin embargo el psicoanálisis, al igual que todo, ha estado en constante evolución y actualmente hay autores exponentes de lo que se conoce como psicoanálisis relacional.

En el psicoanálisis relacional existe la idea de la colaboración compartida entre analista y paciente, donde se habla de la necesidad de un reconocimiento mutuo para que el sí mismo experimente plenamente su subjetividad en presencia del otro. (Benjamin, 1997).

Jessica Benjamin en su conferencia (febrero 2012, México, D.F.) señaló que el psicoanálisis relacional es distinto al tradicional pues incorpora a un tercero que es la intersubjetividad, la cual surge en la relación entre paciente y analista. Considera al proceso terapéutico produciéndose entre sujetos y no únicamente en el interior del paciente.

Para un psicoanálisis relacional la diferencia entre el otro como sujeto y el otro como objeto es fundamental. (Benjamin, 1997). Resultando más cercano a la cibernética de segundo orden, que en la visión tradicional.

Para entender la relación terapéutica desde el psicoanálisis resulta indispensable hablar de la transferencia y contratransferencia, pues explican el vínculo terapéutico y son conceptos útiles a considerar para formular una hipótesis sistémica que incluya la visión psicodinámica.

Etchegoyen (1986) cita a Ferenczi quien define la transferencia como el mecanismo por el cual una experiencia típica olvidada es puesta en contacto con un evento actual a través de la fantasía inconsciente, lo ponen en la persona del analista que funciona como una especie de catalizador.

Freud consideraba a la transferencia como un fenómeno repetitivo y se dedicó a su investigación por muchos años, subrayando que la neurosis es la consecuencia de la repetición y que el análisis de la transferencia permite transformar la repetición en memoria y así la transferencia pasa de ser parte de la resistencia a ser el mejor instrumento para la cura. (Etchegoyen, 1986).

“El tratamiento psicoanalítico se propone reconstruir el pasado borrando las lagunas del recuerdo de la primera infancia, que son producto de la represión. Lo consigue levantando las resistencias y resolviendo la transferencia a través del análisis de los sueños, los actos fallidos y los recuerdos encubridores, no menos que de los síntomas y el carácter”. (Etchegoyen, 1986, p. 326).

Althaus (2000) señala que el concepto de transferencia aplicable a la terapia familiar sistémica, tiene que ver con considerarla como un proceso de doble vía que pasa del pasado al presente, de lo intrapsíquico a lo interpersonal y viceversa, en un espiral de retroalimentación permanente y lo explica de la siguiente forma: “existe la tendencia a proyectar la vivencia experimentada en la infancia con las figuras originales, pero la respuesta de la persona sobre la cual se proyecta (sea el terapeuta, la pareja, un hijo, la maestra o un taxista), influirá en la conducta actual del sujeto y en sus sucesivas respuestas relacionales. Esto significa que nuestro mundo experiencial está siendo permanentemente construido y reconstruido de una manera activa y que el lugar de origen de este movimiento no radica ni en las estructuras internas ni en los estímulos externos, sino en el activo interjuego de ambos factores”. (Althaus, 2000, p. 22).

Esta última constituye una comprensión de la transferencia donde a partir de la definición psicoanalítica al principio revisada, pone su utilidad en el campo de la terapia individual sistémica.

En cuanto a la contratransferencia, al principio del concepto, cuando Freud la menciona se refiere a ella como un obstáculo para el progreso del psicoanálisis y la describe como la respuesta emocional del analista a los estímulos que provienen del paciente y que son resultado de la influencia del analizado sobre los sentimientos inconsciente del analista. (Etchegoyen, 1986).

Se podría decir que esto es en la línea de la neutralidad en la que se pensaba como característica fundamental de quien practica el psicoanálisis, pero al mismo tiempo Freud siempre mencionó la urgencia de que el analista atendiera sus propias percepciones de la manera más completa posible.

Posteriormente lo que se ha escrito acerca de la empatía, la identificación proyectiva y la contratransferencia, colocan a estos tres importantes conceptos como el puente entre lo intrapsíquico y lo transpersonal para la teoría sistémica. (Tansey & Burke, 1989).

La contratransferencia se define como la respuesta total (consciente e inconsciente) del terapeuta hacia el paciente, incluyendo todos los pensamientos y sentimientos que experimenta durante la interacción en el proceso terapéutico. La respuesta puede ser resultado o no de la identificación proyectiva del paciente y puede incluir o no una reacción empática (Tansey & Burke, 1989).

Así, la contratransferencia, de ser considerada en un inicio para el psicoanálisis clásico como un obstáculo para el proceso, se convierte en una herramienta fundamental tanto para el psicoanálisis relacional como para la terapia sistémica.

“La teoría de la intersubjetividad es, posiblemente el mejor término genérico para designar un nuevo paradigma” (Wallin, 2012, p. 193), la cual fomenta una postura acogedora, respetuosa y empática durante la comunicación de la experiencia de transferencia por parte del paciente y permite revelar nuestra experiencia contratransferencial al paciente siempre que resulte útil para el proceso terapéutico. (Wallin, 2012).

1.3. Mecanismos de defensa intrapsíquicos

Dentro de la teoría psicoanalítica, el modelo económico propone que el aparato psíquico está formado por tres estructuras principales: ello, yo y superyó. (Freud, 1923). Cada uno de los cuales posee propiedades, funciones, principios operantes y mecanismos propios pero siempre interactuando entre ellos.

Una de las funciones del yo, es que tiende a ser el mediador, el encargado de aliviar la ansiedad, para lo cual utiliza operaciones que se denominan: mecanismos de

defensa, que aunque son varios poseen características en común: “niegan, falsean o distorsionan la realidad y operan inconscientemente, de modo que el individuo no advierte lo que está sucediendo”. (Hall & Lindzey, 1990, p. 45).

Vaillant (1977) se refiere a los mecanismos de defensa como conductas presentes, afectos e ideas, que son adaptativos, pues resultan más saludables que patológicos, en cuanto permiten al individuo lidiar con el conflicto. Constituyen respuestas normales a circunstancias anormales, forman herramientas a las cuales recurre la personalidad para manejar los afectos, los impulsos y los conflictos. La flexibilidad en su uso puede traducirse en una mayor adaptación pues cuando determinados mecanismos de defensa se utilizan en forma masiva aumenta el nivel de sufrimiento en la persona y afecta su desempeño en los diferentes desafíos vitales.

Nancy McWilliams (1994), menciona que las defensas se vuelven una parte integral del estilo de cada persona de enfrentar diversas situaciones, pero el apoyarse de manera preferencial y automática sobre un conjunto de defensas depende de factores como el temperamento constitutivo del individuo, el tipo de situaciones estresantes que vivió en la infancia, las defensas que fueron modeladas por los padres y otras figuras importantes.

Los mecanismos de defensa son procesos dinámicos y tienen un principio epigenético, de acuerdo al cual Valliant los clasifica en cuatro niveles.

Para fines del análisis del presente trabajo se describirán con mayor detalle aquellos que se consideren necesarios mientras que algunos otros únicamente se mencionarán. Valliant (1977) refiere los siguientes niveles:

Nivel I – Mecanismos psicóticos

Son los que se desarrollan en los primeros años de vida y se utilizan para manejar la realidad externa. Entre estos se encuentran la escisión⁵, proyección⁶, proyección delirante, negación, distorsión, introyección⁷.

⁵ *Escisión*.- se refiere a la división en que el opuesto se encuentra totalmente desvinculado. No da lugar a la ambivalencia, el objeto es totalmente “bueno” o totalmente “malo”, falla la integración del Yo.

⁶ *Proyección*.- proceso mediante el cual lo que se encuentra adentro se considera como algo que proviene de fuera.

⁷ *Introyección*.- es el proceso por el cual lo que se encuentra afuera es malentendido como procedente de adentro. Cuando se introyecta a alguna persona y se pierde por algún motivo (separación, muerte o

McWilliams (1994) también menciona dentro de este nivel primario a los siguientes mecanismos de defensa: control omnipotente⁸, idealización primitiva y devaluación.⁹

Nivel II – Mecanismos inmaduros

Se desarrollan después de los tres años de edad y surgen para lidiar en la relación con el otro. Estos mecanismos se modifican a través del trabajo con las relaciones interpersonales o a través de procesos terapéuticos de larga duración. (Valliant, 1977, p. 384).

Clasifica dentro de este nivel a la identificación proyectiva (la cual se desarrollará más adelante para fines del análisis del caso que se presenta), la fantasía esquizoide, hipocondriasis refiriéndose a cuando los impulsos se dirigen hacia la propia persona expresándose en dolores y enfermedades somáticas. También incluye la agresión pasiva y el acting out refiriéndose a aquella conducta que se presenta cuando se es incapaz de postergar los deseos e impulsos inconscientes (Valliant, 1977, p. 384).

Nivel III – Mecanismos neuróticos

Aquellos que se desarrollan de los cinco años en adelante y le sirven al Yo para lidiar consigo mismo. Incluyen la intelectualización¹⁰ y represión¹¹.

También menciona el desplazamiento y la formación reactiva. Así como la disociación que se refiere a cuando una idea o afecto se pasan a otro yo, es más comprensible y considerado con el otro y menos prolongado que la actuación. (Valliant, 1977, p. 385).

rechazo), se reduce esa parte del self y aparece una sensación de vacío.

⁸ *Control omnipotente*.- se relaciona con interpretar las experiencias personales como resultado del propio poder, sin restricciones, relegando a los demás, sin considerar cuestiones prácticas y éticas.

⁹ *Idealización primitiva y devaluación*.- se refiere a la convicción de que alguien a quien puede apegarse es omnipotente. Se busca la perfección en lugar de la aceptación. La devaluación tiene que ver con la decepción absoluta al no encontrar la perfección.

¹⁰ *Intelectualización*.- los deseos e impulsos se convierten en pensamientos y no en conductas. El pensamiento se hace consciente pero le falta integrar el afecto. (Valliant, 1977, p. 385).

¹¹ *Represión*.- consiste en hacer inaccesible a la conciencia una idea, emoción o percepción, para evitar un disturbio. La represión se vuelve problemática cuando falla en su misión, cuando se interpone en aspectos positivos de la vida o excluye otras formas exitosas de lidiar con la realidad. La represión da origen a los mecanismos neuróticos.

McWilliams (1994) incluye en este nivel la regresión y la define como la tendencia a regresar a aquello que resulta conocido después de haber alcanzado un nivel superior de competencia. Por ejemplo, enfrentar algunos desafíos de la vida de manera indefensa o infantilizada.

Nivel IV – Mecanismos maduros

Integra la realidad externa con la interna. Salen los impulsos de forma sofisticada y aceptada socialmente.

Se incluyen los siguientes: altruismo, humor, postergación que se refiere a tolerar la espera de algo que no se puede resolver de inmediato, la anticipación y la sublimación.

Los mecanismos de defensa son acumulativos, una vez que se adquieren ya forman parte del repertorio que tiene la persona para manejar la ansiedad.

La salud mental tiene que ver con la capacidad de adaptación y esta con la flexibilidad en el uso de los mecanismos de defensa, lo cual se alcanza cuando se ha superado adecuadamente el complejo de Edipo y logrado la represión. Uno de los objetivos de la terapia con pacientes neuróticos consiste precisamente en flexibilizar sus defensas, sin embargo con pacientes psicóticos donde faltan defensas y las que tienen son ineficaces se busca promover el juicio de realidad.

En pacientes border se intenta fomentar la integración en los afectos y los pensamientos.

Determinar los mecanismos de defensa predominantes en el paciente, nos da información diagnóstica que marca líneas de trabajo en el proceso terapéutico.

En el caso que se presenta en este trabajo, se incluye un análisis de los mecanismos de defensa que tiende a utilizar de manera predominante la paciente, pues dan información sobre su nivel de funcionamiento y organización de personalidad.

1.4. Mecanismos de defensa transpersonales

El individuo pertenece a un contexto, “la manera como percibe y actúa respecto de los demás, la manera como ellos lo perciben y actúan respecto de él, la manera cómo él los percibe cuando ellos lo perciben y la manera como lo perciben cuando él los percibe, son todos aspectos de la situación. Y todos contribuyen a hacer comprender la participación de una persona en ello”. (Laing, 1998, p. 78).

Tomando el pensamiento de Laing como precursor de la inclusión de una mirada sistémica en el psicoanálisis y sobre los mecanismos de defensa transpersonales Althaus (2000, p. 25) señala: “la función básica de estos mecanismos es permitir al sujeto el control de su ansiedad a través de actuar sobre la experiencia del otro... esto da lugar a una intrincada red de proyecciones y re-proyecciones”.

Laing menciona como mecanismos transpersonales: identificación proyectiva, colusión, mistificación y retoma el doble vínculo propuesto por Bateson (1972).

En este trabajo se le da una mayor relevancia a la identificación proyectiva, pues fue detectar la presencia de este mecanismo transpersonal durante el proceso terapéutico lo que motivó el interés por analizar el caso que se presenta, con el fin de lograr una mayor comprensión del mismo.

1.4.1. Identificación proyectiva

Desde que Melanie Klein en 1946 introdujo el concepto de identificación proyectiva, muchos autores han contribuido a desarrollar el término.

En un principio se consideraba como un mecanismo de defensa esencialmente intrapsíquico en la medida que le permite al individuo poner en el otro aquello que le causa temor y así le proporciona la sensación de control, pues al estar en el exterior puede defenderse mejor de lo que le resulta amenazante.

Segal (1990) retomando la obra de Melanie Klein menciona que la identificación siempre es resultado de procesos introyectivos y proyectivos. Define la identificación

proyectiva como “el resultado de la proyección de partes del Yo en un objeto. Puede tener como consecuencia que se perciba al objeto como habiendo adquirido las características de la parte proyectada del Yo, pero también puede resultar en que el Yo llegue a identificarse con el objeto de su proyección”. (Segal, 1990, pp. 122-123).

Tansey y Burke (1989) definen la identificación proyectiva como una operación psíquica que posee propiedades defensivas, adaptativas y comunicativas. Como un mecanismo que se utiliza a lo largo del desarrollo para integrar al Yo, pues el objeto externo que recibe la proyección la regresa de manera que el aparato psíquico la introyecta pero modificada, de tal forma que confirma los aspectos positivos y mitiga los efectos de los componentes destructivos del self, resultando más digerible.

Estos autores, retomando las ideas de Laing, la diferencian de la proyección en cuanto a que, este mecanismo es básicamente intrapsíquico pues se puede dar o no en las relaciones, mientras que la identificación proyectiva se da únicamente en la interacción entre dos o más personas, por lo que es transpersonal.

Afirman que la identificación proyectiva es un fenómeno relacional, pues la persona que hace la proyección, influye de manera inconsciente en los pensamientos, sentimientos y experiencias del otro individuo, a quien de alguna forma le hace sentido por su propia historia y por sus características de personalidad. Laing lo explica de la siguiente manera: “mediante mi conducta puedo actuar sobre tres áreas del otro: sobre su experiencia de mí, sobre su experiencia de sí mismo y sobre su conducta. Además no puedo actuar sobre el otro directamente, pero sí sobre mi experiencia de él”. (Laing, 1969, p. 33).

Aseguran que no puede darse una identificación proyectiva exitosa sin la correspondiente identificación introyectiva¹² del otro.

Stanley, Greenspan y Mannino (1974) mencionan que la identificación proyectiva ejerce un efecto cegador de ciertos aspectos caracterológicos en el otro, por lo que no siempre se percibe y esto fomenta que se mantengan pautas de interacción de difícil acceso para la consciencia.

¹² La identificación introyectiva es una respuesta intrapsíquica que se da únicamente en la interacción y que consiste en que se identifica algo del sí mismo (un objeto introyectado) como resultado de la identificación proyectiva. (Tansey & Burke, 1989).

Cualquier proceso terapéutico es una interacción donde el inconsciente del paciente y del terapeuta se están comunicando todo el tiempo.

Tansey y Burke (1989) mencionan como momentos de la terapia, pero que no necesariamente son producto de la identificación proyectiva, los siguientes:

- a) La identificación introyectiva por parte del terapeuta.
- b) La empatía del terapeuta producto de la identificación introyectiva.
- c) La elaboración del paciente que a su vez se traduce en una identificación introyectiva.

La empatía se fomenta en cuanto a que hay un momento en que la experiencia personal tanto del terapeuta como del paciente, comparten una naturaleza similar. Pero no toda interacción que se da en el vínculo terapéutico tiene la intensidad suficiente para ser considerada una respuesta a la identificación proyectiva del paciente.

Cabe aclarar que la identificación introyectiva se da únicamente en respuesta a la interacción con el objeto y en presencia del mismo, es un momento de transición para la internalización. Lo mismo sucede en la terapia, donde paciente y terapeuta, tienen una representación internalizada cada uno del otro, del vínculo terapéutico en sí mismo, pero esta se va modificando continuamente a lo largo del proceso terapéutico, se va co-construyendo, lo cual forma parte del potencial reparador de la terapia.

Regresando a la identificación proyectiva del paciente hacia el terapeuta, Nancy McWilliams (1994) menciona que ésta puede poner a prueba al terapeuta, pues cuando uno se siente atrapado en lo que el paciente está seguro que el terapeuta experimenta y se empeña en inducir tales sentimientos, se requiere de claridad y disciplina para aguantar la descarga emocional y no actuar la proyección, pues como seres humanos ya contenemos todas las diferentes emociones, defensas y actitudes que nos son proyectadas, por lo que en el momento de la sesión puede ser difícil diferenciar lo que es del paciente de lo propio y esto amenaza nuestra seguridad como terapeutas, así, la contratransferencia puede ser abrumadora y hostil como suele suceder con pacientes que presentan un nivel de funcionamiento border, pues llegan a utilizar mecanismos de defensa como la identificación proyectiva de forma masiva.

La identificación proyectiva en un contexto terapéutico causa conflicto sobre todo cuando el terapeuta es incapaz de reconocerla o cuando se es incapaz de contener los pensamientos y sentimientos proyectados, entonces utiliza sus propios mecanismos para deshacerse de lo que le es proyectado o se responde a la proyección, la cual puede recibirse como una agresión, una desconfirmación o un cuestionamiento del tratamiento y del actuar profesional (Catherall, 1992).

Para reconocer la identificación proyectiva en un proceso terapéutico es importante tener mucho trabajo personal y de supervisión, pues ambos constituyen un espacio de reflexión sobre las reacciones propias, para así poder diferenciarlas de las del consultante.

Díaz-Benjumea (2013) cita a Maroda quien propone que en el caso específico de la identificación proyectiva no se use la interpretación, ya que el paciente precisamente utiliza esa defensa para depositar algo en el terapeuta que no está preparado para aceptar como propio, en cambio sugiere que se use la contratransferencia de forma que se revelen de manera controlada y pensada los sentimientos experimentados por el terapeuta. Se trata de hablar y reconocer estas interacciones, admitiendo el terapeuta su participación, pero siempre al servicio del paciente.

La identificación proyectiva se presenta como una poderosa dimensión de la interacción. Una parte del trabajo del terapeuta consiste en facilitar la externalización y de evocar respuestas más adaptativas para su reintroyección. Es como ayudar al paciente a metabolizar aquello que proyecta, esas partes de sí que no tolera, promoviendo la integración del self de forma consciente.

1.4.2. Colusión

Laing (1974) menciona que la palabra colusión tiene relación con términos como ilusión y delirio. Se da entre dos o más personas que se engañan a sí mismas.

La persona busca encontrar en otra la materialización de su proyección, lo cual es necesario para confirmar su falso self.

La colusión son dos identificaciones proyectivas cruzadas entre dos personas del mismo nivel de funcionamiento, ya que se pone en el otro los aspectos propios no tolerados y la otra persona tiende a asumirlos por sus propias necesidades inconscientes. (Althaus, 2000).

“Si la colusión es rechazada, la persona se siente culpable por no ser o no llegar a ser la corporización del complemento requerido por la otra persona para mantener su identidad. Sin embargo, si sucumbe, si es seducida, entonces la persona se vuelve extraña a sí misma y resulta, por tanto, culpable de autotraición”. (Laing, 1974, p. 106).

Es importante señalar lo que Laing (1974) menciona en cuanto al papel de la colusión entre paciente y terapeuta, asegurando que el papel del terapeuta no consiste en coludirse con sus pacientes aceptando las fantasías de ellos ni materializando las propias en la persona del consultante, su función consiste en señalar con claridad y en el momento adecuado los caminos por los que la colusión mantiene y disfraza las ilusiones, para que el paciente aprenda a vincularse con una mayor madurez y de manera más satisfactoria, al descubrir como propio lo que pone en el otro y hacerse cargo de ello.

Jürg Willi define la colusión como “el juego conjunto no confesado, oculto recíprocamente, de dos o más compañeros a causa de un conflicto fundamental similar no superado”. (Willi, 1978, p. 67).

Este autor habla de cuatro temas fundamentales como esquemas de la colusión existente en la pareja y que tienen que ver con el momento del proceso evolutivo en que se paralizó, impidiendo así la adecuada resolución de las etapas de desarrollo posteriores. Los temas que menciona son los siguientes:

1. El tema de la relación narcisista que gira en torno a la diferenciación entre los miembros de la pareja.
2. El tema de la relación oral que se refiere al amor como preocuparse, cuidarse y nutrirse el uno al otro.
3. El tema de la relación sádico-anal que tiene que ver con la ambivalencia entre dominar, ejercer poder y someterse.

4. El tema de la relación fálico-edipal que implica la forma en que cada uno de los miembros de la pareja se identifica y ejerce los roles femenino y masculino.

El explorar durante el proceso terapéutico la forma en que el paciente se vincula, proporciona información sobre el nivel de desarrollo en que se quedó atascado y da pautas de trabajo para promover vínculos más satisfactorios.

Finalmente la colusión es parte fundante y sostén de cualquier relación significativa.

1.4.3. Mistificación

Laing en el libro de Terapia familiar intensiva (Boszormenyi-Nagy & Framo, 1976) menciona que la mistificación consiste en ofuscar y ocultar al otro, lo que está ocurriendo, ya sea una experiencia, una acción o un proceso. Causa confusión pues no se logra ver lo que en realidad sucede. Se sustituyen interpretaciones verdaderas, por otras falsas, invalidando la experiencia del otro.

Como todos los mecanismos transpersonales ocurre en la interacción, por lo que hay alguien que mistifica y otro que es el mistificado. Un ejemplo claro se da en la infidelidad de la pareja, cuando uno percibe que el otro está en una relación alterna, a través de señales como ver mensajes de celular, llamadas, fotos, etc., (mistificado) y quien tiene la relación niega que esto sea real, señala que lo que ve es falso y que no existe tal relación (mistificador).

Causa confusión como en el caso de la infidelidad, pero hay muchas otras formas en que puede ocurrir. Se puede dar en cualquier relación, incluso en la de terapeuta-paciente.

La mistificación es una forma de eludir el conflicto y su efecto encubridor puede provocar un falso conflicto intra o interpersonal. La mistificación deforma la experiencia del otro, por lo que lo invalida, lo desconfirma y por tanto se vuelve algo enloquecedor pues se niega la propia percepción.

1.4.4. Doble vínculo

Gregory Bateson desarrolla el concepto del doble vínculo que se refiere a una pauta de comunicación que se caracteriza por afirmar al mismo tiempo en que niega un mensaje. Se da en diferentes niveles, de manera digital (verbal) se manda un mensaje que se contradice analógicamente (no verbal), lo cual hace que quienes participan quedan atrapados en la confusión.

Bateson (1972, p. 236) menciona como elementos necesarios para que se de una situación de doble vínculo, los siguientes:

1. Dos o más personas, con diferente nivel jerárquico en el que una queda en desventaja frente a la otra ya sea por género, edad o características personales.
2. Experiencia repetida. Hay un tema recurrente en la vivencia de quien está en desventaja.
3. Un mandato primario negativo. Se da un aprendizaje basado en la evitación del castigo que suele consistir en el retiro del afecto, en alguna manifestación de ira u odio o alguna forma de abandono, este último puede resultar devastador.
4. Un mandato secundario que está en conflicto con el primero en un nivel más abstracto y que al igual que el primero utiliza reforzadores negativos peligrosos para la supervivencia.
5. Un tercer mandato que prohíbe a quien está en desventaja escapar del campo, al no tener posibilidad de metacomunicar, por lo que el doble vínculo se convierte en una situación atrapante de la que es sumamente difícil salir. Los participantes quedan envueltos en un sistema permanente que produce definiciones conflictuales de la relación.

II. ANÁLISIS DE CASO

2.1. Descripción

Gema es una mujer de 45 años, alta (1.70 aproximadamente) y bastante atractiva. Su forma de vestir es conservadora, su arreglo incluye un maquillaje discreto y por lo general utiliza el cabello lacio y suelto.

En una ocasión se presentó de pants y se disculpó. Para ella vestir de vaqueros es demasiado informal.

Es divorciada, sin hijos. Vive en un departamento que adquirió con su ex marido a través de un enganche y luego al separarse ella siguió cubriendo el crédito hipotecario.

En octubre de 2014 se queda sin trabajo. Antes estuvo en dos trabajos en que la liquidan después de unos meses de prueba, en ambos estuvo como asistente ejecutiva, la forma en que se explica su despido es que “no había química con el jefe”. Actualmente tiene un trabajo en el que se siente contenta por la flexibilidad de su jefa, sin embargo se queja mucho del tiempo de traslado.

Antes estuvo trabajando por 20 años en una empresa como secretaria ejecutiva pero su puesto desapareció, pues el director para quien trabajaba estaba prácticamente jubilado y la liquidaron. En esa empresa refiere haber obtenido un trato preferencial de diversas formas, al parecer llevaba una excelente relación con la familia de su jefe, que además es uno de los dueños de la empresa a tal grado que le prestaba sus tiempos compartidos si no los usaba o en una ocasión le dio sus puntos para que pudiera viajar a Europa.

También obtuvo diferentes reconocimientos por su puntualidad y constancia en el trabajo (empleada con menor número de faltas y puntualidad).

En un principio acordamos una sesión semanal, hasta los últimos meses en que por su inestabilidad laboral, solicita espaciar las sesiones y comenzamos a vernos de

forma quincenal. La sesión dura una hora; el proceso terapéutico lleva ya dos años seis meses de duración.

2.2. Motivo de consulta

Cuando llega a consulta refiere “soledad, desánimo”, presenta llanto fácil. En su discurso dominaba la idea de “todos me dejan”, pues hacía unos meses que acababa de terminar una relación de pareja de ocho años.

2.3. Contexto de la derivación

La paciente llega a consulta a través de una compañera de trabajo, quien constantemente me hablaba de una amiga llamada Gema, comentando que le llamaba por teléfono casi a diario, consideraba que la estaba pasando mal pues acababa de terminar una relación de noviazgo. Mi compañera expresaba que ya no sabía qué hacer, había ocasiones en que no quería ni tomar su llamada, pues la desesperaba, refería que hablaba y hablaba y no sabía qué decirle.

Yo medio en broma y medio en serio, le dije que la mandara a terapia, que hiciera una solicitud para atenderse. Lo hace pero por horario no soy yo quien la puede ver, así que la comienza a ver otra terapeuta que tenía el espacio disponible.

Tiene una primera cita en el CAF (Centro de Apoyo Familiar)¹³ del cual soy coordinadora y de casualidad nos encontramos, que es cuando nos conocemos personalmente. A los dos días de esa primera cita, Gema me manda un mensaje donde me dice que no se sintió cómoda con la terapeuta que le tocó y que quiere tomar terapia conmigo, que es a quien le habían recomendado.

¹³ El CAF es un programa de Cenyelitztli, una institución sin fines de lucro que proporciona atención terapéutica profesional a quien lo solicita, manejando cuotas de recuperación de acuerdo a las posibilidades de cada paciente. Actualmente colaboramos 27 terapeutas con diferentes formaciones: sistémica, psicodinámica, gestalt, tanatológica y tenemos en convenio a dos psiquiatras.

2.4. Historia

La información que tengo acerca de los padres de mi paciente es la siguiente: Julia, la madre de Gema proviene de una familia de Mérida, su madre (abuela materna de Gema) se casó con un hombre yugoslavo radicado en México al que Gema describe como un hombre “muy estricto y de palabra” por lo que le han contado. La madre de Julia muere cuando ella tenía tres años de edad, después del parto de su última hija se enferma y al poco tiempo fallece. Cuando esto sucede, el papá de Julia se va a vivir con sus 3 hijos a la casa de una hermana de su esposa muerta, quien no había podido tener hijos, por lo que la tía hace la función de la madre de Julia y de sus hermanos.

Gema comenta que su madre, Julia, siempre se sintió de la “aristocracia de Mérida”. Cuando conoce a Lito (padre de Gema) un joven médico con una beca para cursar la especialidad de pediatría en París, considera que ha encontrado un “buen partido” y se casa con él los 28 años de edad, teniendo Lito 29 años.

Gema tiene menos información de su familia paterna, a su abuelo no lo conoció y su abuela falleció hace muchos años a causa de la diabetes. Con sus tíos y primos paternos ha tenido muy poco trato.

Cuando era niña tenían una situación económica de clase media alta, iban a escuelas particulares, viajaban, vivían bien. Aunque comenta que su mamá le ocultaba lo que gastaba a su padre, cuando se compraba o les compraba algo a las niñas no se lo decía a Lito, lo hacía a escondidas.

Gema refiere tener pocos recuerdos de la infancia. Recuerda que sus hermanas le cerraban la puerta de la recámara y no la dejaban entrar; también menciona que entre los 13 y 16 años si su madre salía y tardaba en regresar o no lo hacía a la hora señalada le entraba una gran desesperación, lloraba y estaba muy ansiosa hasta que regresaba.

A su padre lo pensionan muy joven, diagnosticado con TOC, padecimiento que también le impide seguir con la consulta privada. Por lo que la situación económica de la familia se viene abajo. Gema tiene que empezar a trabajar, sin poder hacer

una licenciatura, lo cual siempre le ha reclamado a sus padres, a lo que Julia (su madre) le responde que se la hubiera pagado ella misma. Al explorar qué conductas recuerda de su padre en relación a su padecimiento, menciona que era muy agresivo incluso en una ocasión llegó a romper una mesa con un golpe, también recuerda que se lavaba las manos muchas veces al día y siempre parecía preocupado porque no entrara el olor a basura en cualquier lugar en que estaba. Antes de esto, Gema considera que sus papás tenían una adecuada relación de pareja donde el papá era más cariñoso y la mamá más fría, pero no recuerda que tuvieran discusiones, parecían llevarse bien.

Gema se casa a los 25 años de edad, después de ocho años de noviazgo. El matrimonio dura cinco años, al explorar cómo se explica que su matrimonio haya terminado menciona que entre las razones está el hecho de que el día de su boda, su hermana mayor Dalia (diagnosticada con bipolaridad) tiene un accidente o un intento suicida (Gema nunca lo aclara aunque lo piensa), se cae por el hueco de las escaleras del departamento donde vivía, de un tercer piso y pasa todo un año en el hospital. Esto hizo que Gema se pasara prácticamente el primer año de casada en el hospital acompañando a su hermana y el segundo año de matrimonio, su marido tiene un accidente: estaba jugando tenis con Gema y al tratar de contestar una bola que ella le lanzó, va corriendo hacia atrás y se cae de más de un metro de altura a otra cancha que estaba en desnivel, lo tienen que operar de la espalda, al igual que a su hermana, y también pasa mucho tiempo hospitalizado, en tratamiento y rehabilitación. Cuando Gema relata el evento, comenta que durante mucho tiempo sentía que las personas que caminaban con ella se iban a caer, como si de alguna forma lo provocara, cuenta que pasaron años para que se le quitara esta “sensación”.

Al explorar la relación que Gema tenía con su exmarido, expresa y se da cuenta que lo descalificaba constantemente: “le decía cómo hacer las cosas y lo rechazaba sexualmente”.

Siempre quiso tener un hijo pero no fue algo que planteó con su marido el tiempo que estuvieron casados. Su explicación es que no era el momento porque estaban pagando el departamento en que vivían, también es recurrente el que parezca como si nunca fuera el momento preciso para hacer lo que le gustaría.

Comenta que poco después de su divorcio se entera que él tiene una pareja con la que está esperando un hijo, lo cual define como un momento muy doloroso en su vida.

Al poco tiempo empieza una relación con un hombre alcohólico, noviazgo que duró aproximadamente un año. Después inicia una relación de pareja con un hombre que vive en un estado fronterizo de la República Mexicana; esta relación dura 8 años, él era un excelente proveedor económico, lo que le permite vivir el nivel de vida que siempre quiso (viajes, regalos, restaurantes caros, etc.), pero esta pareja no aceptó tener un hijo con ella, pues ya tenía dos hijos adultos de un matrimonio anterior y tampoco le propuso formalizar la relación, motivos por los cuales Gema decide terminar el noviazgo y es cuando inicia el proceso terapéutico conmigo. Parecería que la distancia física le permitía a Gema tener una distancia emocional que le proporcionaba tranquilidad y facilitó que la relación durara años.

Actualmente Gema tiene una relación con un hombre de 54 años, que se llama Lito, igual que su padre. Es una persona que la hace sentir muy querida pero poco protegida, pues físicamente es “bajito” y no tiene una estabilidad económica, incluso siente que “atrae cosas negativas... todo le pasa: no tiene trabajo, le golpean el coche, lo asaltan, etc.”.

La relación con Lito inicia durante la terapia. Era un antiguo compañero de trabajo con el que seguía en contacto y cuando Gema termina el noviazgo que mantuvo durante ocho años, él se empieza a hacer más presente invitándola a salir con frecuencia, primero como amigos pero siempre haciéndole ver que a él le gustaba y la quería como pareja, le ha propuesto matrimonio e incluso quiere tener un hijo con ella. Actualmente viven prácticamente juntos pues Lito se queda en el departamento de Gema la mayor parte de la semana, pero ella tiene dudas de si formalizar totalmente la relación pues no le da la estabilidad económica y la seguridad, que ella busca, aunque los meses que Gema estuvo sin trabajo él la apoyo en la búsqueda del mismo y compartiendo gastos.

En diferentes ocasiones Gema ha llegado a expresar “cuando salgo con Lito no tengo ese vacío”, sin embargo, nuevamente aparece la idea del hombre como figura fuerte que Lito no representa y dice “ya no quiero cargar a nadie”. Mostrando

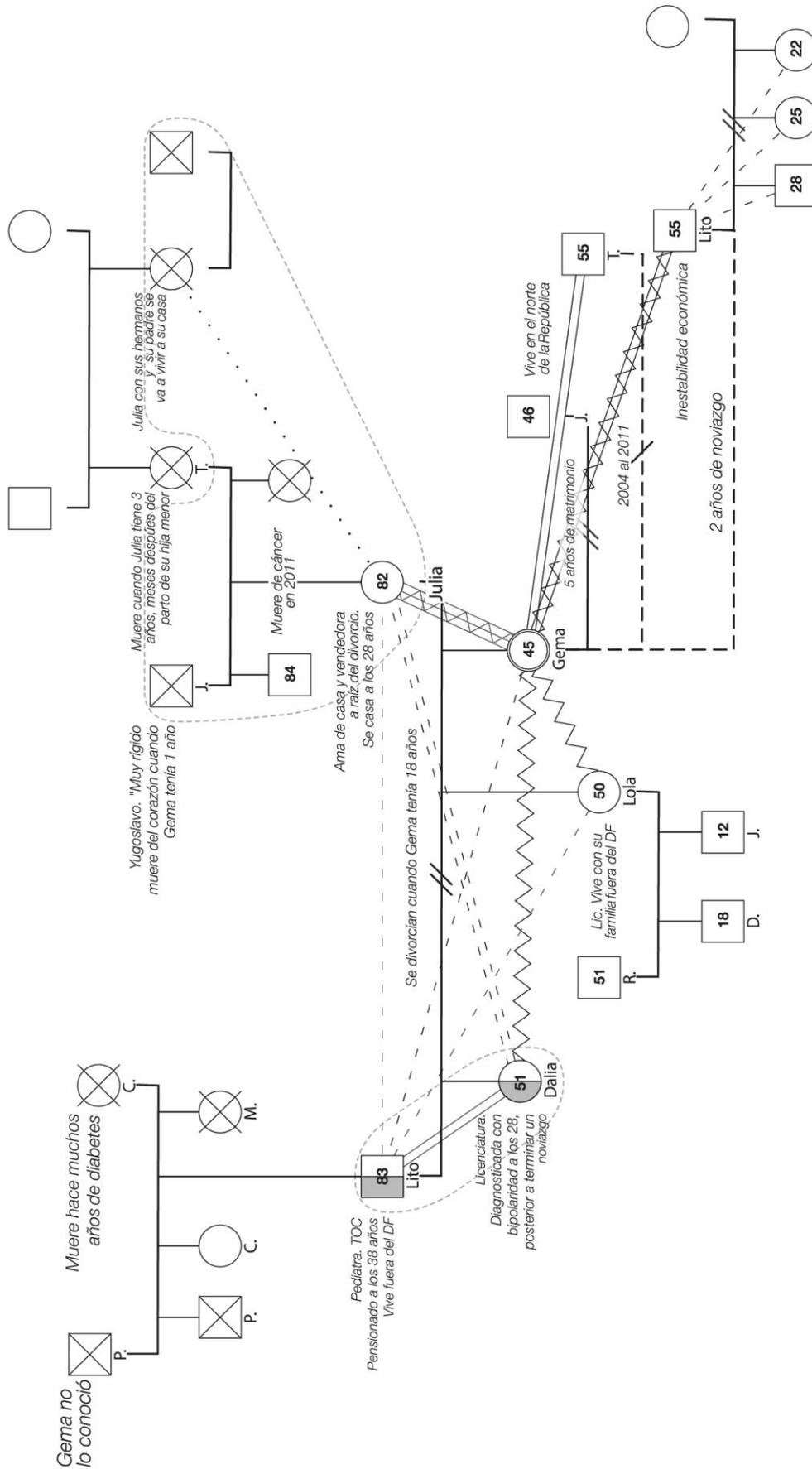
dificultad para tolerar la ambivalencia, considerando en Lito tanto las características que lo hacen un hombre afectuoso como las que muestran sus debilidades.

En cuanto a su familia de origen, su hermana Dalia (diagnosticada con bipolaridad) vive en Morelos junto con su padre y su hermana Lola vive en el Estado de México con su marido y sus hijos. Con ambas lleva una relación distante y conflictiva (sobre todo con Lola) pues siente que ninguna de sus hermanas la apoyan, ni se ocupan de sus padres “solo me hablan para pedirme favores”.

Con su madre, parecería que no puede estar lejos pero tampoco cerca de ella. Hablan varias veces al día y la visita al menos una vez por semana, por lo general las llamadas y visitas terminan en peleas, diciéndose cosas muy hirientes y destructivas, que a ambas las deja angustiadas y dolidas. Si Gema no la va a ver o la llama se siente terriblemente culpable, porque entonces no es “una buena hija”, pero si pelean se queda muy preocupada por que “le pase algo que pueda llegar a matarla”. Gema se queja de la falta de reconocimiento materno, sin embargo considera que sí reconoce a otras personas, sobre todo a su prima hermana, hija de la hermana menor de Julia, con quien asegura que siempre la compara dejándola en desventaja.

En la familia materna predominan los comentarios agresivos, situaciones como que una prima tenga una relación sentimental con un hombre casado que además es su primo hermano, se toleran si hay dinero de por medio y prevalece la idea de “me tienes que dar”, la madre de Gema ha expresado que su hermano tendría que pasarle una pensión por que su situación económica es mejor. Esto es lo que Gema ha aprendido y repite en sus vínculos: ser demandante (como una forma de asegurar ser vista) y agresiva (como una forma de protegerse), donde la buena posición económica hace tolerable casi cualquier situación, pues al parecer representa la única manifestación de amor, respeto y cuidado capaz de identificar.

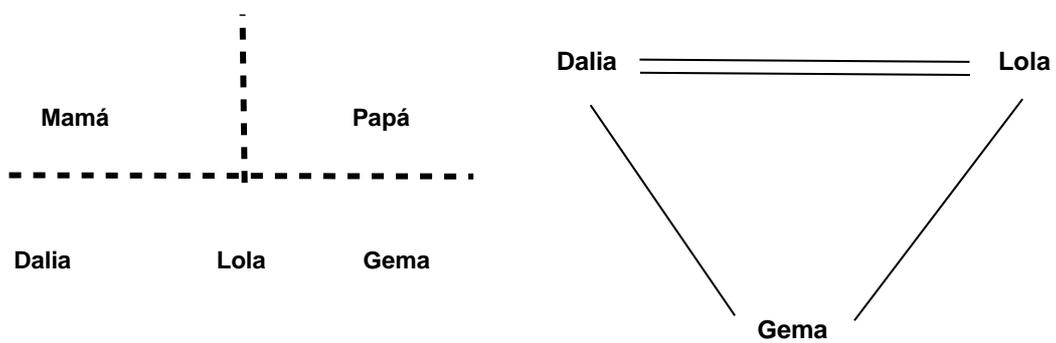
2.5. Genograma



2.6. Mapas

Los siguientes, son los mapas estructurales y relacionales de diferentes etapas del ciclo vital de la paciente:

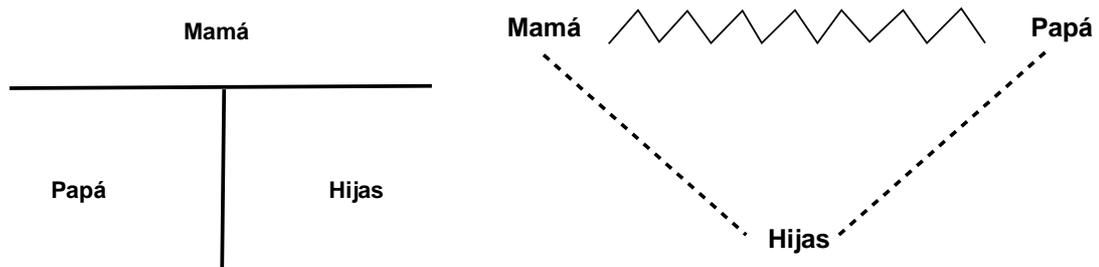
INFANCIA



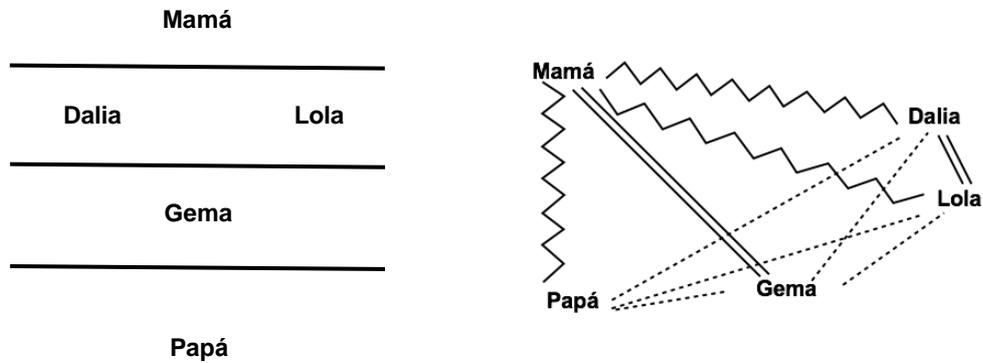
Gema proporciona vagas referencias en los vínculos de la infancia, pero si manifiesta una sensación de exclusión desde que era niña.

ADOLESCENCIA

(aparición de la enfermedad del padre)

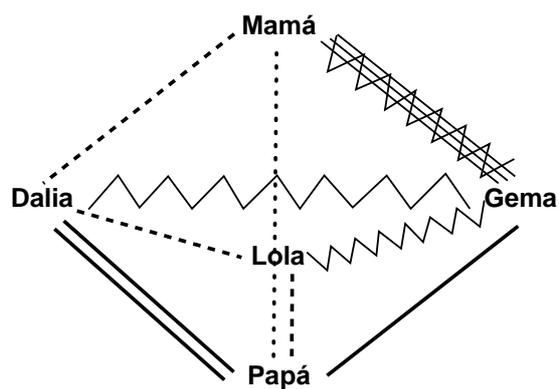


JUVENTUD (divorcio de los padres)
(Gema tenía 18 años)



Durante el divorcio, Gema hace una alianza con la madre para encontrar un lugar, para ser vista y obtener su reconocimiento. El padre se va a vivir fuera de la ciudad, mientras sus hermanas se independizan, viven solas, trabajan y estudian.

ACTUAL



2.7. Contenidos recurrentes en el proceso terapéutico

A lo largo del tratamiento Gema ha nombrado:

- Sensación de vacío crónico desde la adolescencia.
- Sentimientos de desconfianza constante, siente que los demás la utilizan y “abusan” de ella.
- Miedo a que se vaya su pareja, no la quiere como pareja pero si le dice que se va llora desconsoladamente. Esto se ha repetido en todas sus relaciones de pareja.
- Percibe a todas las familias y parejas de los demás como mejores que la suya.
- Comenta que su hermana casada y con hijos, la envidia.
- Con frecuencia ha expresado sentirse envidiada por sus amigas y sus compañeras de trabajo.
- También ha comentado que sus tías envidiaban a su mamá.
- Muestra momentos de mucha desesperanza donde siente que nada tiene sentido y la vida no vale la pena.
- Temor a ser la única que se hace cargo de sus padres (apoyo económico) y de su hermana enferma (bipolaridad).
- Nunca ha sentido el reconocimiento de sus padres, al contrario siempre el juicio y la crítica, sobre todo de su madre con comentarios de tipo: “pero cómo has engordado, te estás descuidando mucho”, “esos zapatos que me regalaste son unas chanclas”.
- Constantemente refiere sentir que no recibe la reciprocidad y el reconocimiento a lo que ella hace por los demás, esto lo percibe tanto de sus amistades como de su pareja y su familia. Al ejemplificarlo narra eventos donde da la sensación de que nada es lo suficientemente bueno, si le dan un regalo lo devalúa diciendo que ella se esforzó más para dar algo mejor y si cuestionan lo que ella da, se siente atacada, sin relacionar que ella hizo lo mismo en su momento.
- A cada pareja que tiene la compara con la anterior, dejándola en desventaja. Por ejemplo: a Lito, su novio actual lo compara con el anterior al que dejó por que no le daba el compromiso y el afecto que ella buscaba, sin embargo, ahora cuándo habla de él lo hace como si todo fuera maravilloso y su

relación de pareja actual aparece devaluada. La idealización en el vínculo anterior se extiende al plano de la intimidad.

- Constantemente muestra una búsqueda de atención en que utiliza el cuerpo y/o los síntomas como malestar físico en general: cansancio, dolores de cabeza, dificultad para dormir, seguido a menudo de reivindicaciones “no me das suficiente”.

2.8. Hipótesis sistémica desde la complejidad

Gema manifiesta una gran insatisfacción individual, familiar, social, profesional y laboral lo que le provoca una sensación de vacío crónico, de fracaso, inadecuación y soledad. Aunque es una mujer funcional y autosuficiente, muestra una gran dificultad para establecer vínculos satisfactorios y maduros, ligado a su historia de apego con sus figuras primarias.

El vínculo con sus padres no propició que constituyera una base segura, sus figuras parentales aparecen como poco afectivas y disponibles, por lo cual desarrolló un apego ansioso ambivalente (Bowlby, 1989), que ha repercutido en su capacidad para vincularse, desea que el Otro esté con ella y al mismo tiempo lo agrade, pero sin permitir que se aleje valiéndose de estrategias como el chantaje. El tipo de apego desarrollado también le ha impedido lograr una regulación afectiva eficaz, por lo que no puede obtener la satisfacción personal que tanto busca. Hasta la fecha su mamá aparece como una figura intrusiva, ansiosa que le habla varias veces al día, la cuestiona, la descalifica, mientras que a su padre lo percibe como una figura pasiva, distante, quien se dejó de ocupar de ella desde que se enfermó, sin entender, que la enfermedad lo incapacita hasta para ocuparse de sí mismo. Menciona que la sensación que le causa su madre es de “asfixia” mientras que la que le provoca su padre es de “abandono”.

Con su madre mantiene una relación sobreinvolucrada, Gema no tolera el control de su madre, incluso le ha llegado a decir “sólo voy a poder hacer mi vida cuando te mueras”, pero si no contesta las llamadas o no puede ir a verla se muestra ansiosa “por ser una mala hija, una desalmada como lo es Lola”. Muestra sentimientos de

culpa y responsabilidad, como si fuera tan mala y capaz de dañar a los otros, como cuando pensaba que quienes estaban con ella podían llegar a tener un accidente.

Proviene de una familia rígida, sin límites claros, a la que ella define como sin unión. La idea que tiene de una familia parece sacada de una película de Disney o Telenovela de Televisa, todos juntos, en armonía, conviviendo con frecuencia, sin problemas. Una familia estereotipada.

Cuando considera que su familia, pareja y amistades no están pendientes de ella (es muy demandante) se siente no correspondida y hasta traicionada. Igual que su madre, pues cada vez que le habla o la ve le reclama a Gema que no se ocupa de ella.

Su madre parece ser la figura con mayor jerarquía. Con el manejo de la información en los subsistemas, contando lo que dice una de la otra ha favorecido los conflictos entre Gema y sus hermanas e incluso con otros miembros de la familia. Por ejemplo: la madre se refiere a su hija Lola como “pobrecita tiene muchos problemas económicos”, cuando para Gema su hermana está en una mejor situación, pues ella es la que estaba sin trabajo, ni una familia propia (marido e hijos). Con estos comentarios, Gema confirma su sensación: “no les importo a mis hermanas ni a mi madre”. Y se incrementan los sentimientos de competencia y rivalidad con su hermana Lola, así como de culpabilidad con su hermana Dalia, quien al parecer no pudo “soportar que fuera feliz” y le “estropeó” el día de la boda de Gema con su “accidente”.

Parecería que mientras la madre, Julia, genera más conflicto y ruptura en el subsistema fraterno, mayor atención logra, buscando ser mirada desde un lugar voraz y primitivo, por esa carencia que tuvo en la infancia por la muerte prematura de su madre.

Cuando sus papás se separan, Gema elige quedarse con su madre, actuando como hija parentalizada “encargada de cuidarla”, se podría pensar que se queda buscando por fin ser vista. A diferencia de sus hermanas que se van a vivir solas, Gema queda triangulada por ambas figuras parentales comprometiéndola en un conflicto de lealtades que hasta la fecha expresa al sentirse culpable por apoyar más a su madre en cuanto a tiempo y económicamente que a su padre, quien con su enfermedad psiquiátrica queda incapacitado desde muy joven para seguir ejerciendo su profesión,

en la que parecía tener un futuro prometedor, esto significó que la situación económica de la familia se afectara drásticamente, de ahí Gema desarrolló un temor a la enfermedad, a la soledad, pero también a “cargar” con sus padres o con su pareja, pues asumió como un deber el encontrar a un hombre capaz de obtener los logros económicos y sociales que su padre no pudo proveer. Ese es uno de los mayores conflictos de la paciente con su pareja actual, ya que Lito, homónimo de su padre, también carece de estabilidad económica y laboral.

Cuando enferma el padre, Gema y sus hermanas pudieron seguir asistiendo a escuelas privadas, manteniendo un nivel de vida similar al que tenían antes de que su papá enfermara, principalmente por el esfuerzo de Julia que tuvo que empezar a trabajar para solventar los gastos de la casa. Finalmente decidió dejar de hacerse cargo del padre al divorciarse. La separación se dio cuando Gema ingresó a la universidad, la que tuvo que dejar por no poder costearla, ante lo que expresa frustración por no tener un título académico, incrementando así, sus sentimientos de inferioridad y la demanda constante de ser reconocida, protegida y cuidada.

Menciona que su mayor pesar es no haber podido cumplir su “sueño de tener una familia, de la maternidad, la pareja y el bienestar económico.”

En cuanto a la maternidad, aunque la paciente no lo tiene consciente, me parece que ha tenido miedo a embarazarse y tener un hijo por la herencia de enfermedad mental que hay en su familia y por la inseguridad que le dan los vínculos de apego, pues necesita al otro como fuente importante de confirmación del self pero con igual intensidad le teme a la muerte y la enfermedad (pérdida del otro) y a la pérdida de la autonomía por temor a ser absorbida o simbiotizada como le ocurre con su madre.

Ante esto, su discurso manifiesto es que nunca se ha dado la situación adecuada para embarazarse. Julia, la madre de Gema perdió a su propia madre a corta edad, parecería que no obtuvo un maternaje nutricional que pudiera aprender y a su vez dar, ella y sus hermanos se quedan al cuidado de una tía materna, relación sobre la que hay poca información. Sin embargo, se puede suponer que Gema se paraliza ante la idea de tener un hijo por el vínculo de apego que implica y esto le resulta sumamente amenazante y aunque lo desea, no se embaraza.

Gema es una mujer católica y conservadora. Uno de los motivos manifiestos que provocaron la ruptura con su pareja anterior, es que no hizo lo posible por obtener la nulidad matrimonial eclesiástica (era divorciado).

Se muestra muy comprometida por las premisas de que el hombre es el sexo fuerte desde físicamente (alto, fornido) hasta quien debe ser el proveedor económico principal. Si no es así, entonces no es un “buen partido”, así como lo dejó de ser su padre para su madre cuando la enfermedad lo incapacitó, terminando la relación conyugal en divorcio, dejando de “cargarlo” con la separación.

Estas premisas han dificultado su relación con Lito, pues físicamente no representa este prototipo ni tiene una posición económica desahogada. Sin embargo su pareja anterior era un excelente proveedor económico y de estatus, pero tampoco era suficiente, lo cual refleja su alta idealización y su incapacidad para aceptar al otro con sus ambivalencias.

Para ella es importante el ser “gente bien”, educada y con una posición económica acomodada, repitiendo la idea de la familia materna, que se consideraban de la “aristocracia de Mérida”. Si elige pasear lo hace por Polanco o Interlomas porque ahí está la “gente bonita”.

Para Gema parece que siempre hay una situación externa que provoca el que las cosas sucedan, sin que reconozca una responsabilidad en su participación, es decir sin tener conciencia de cómo su conducta interviene en los eventos y trae determinadas consecuencias, no los sucesos por sí mismos. Se vive en un papel de víctima al igual que su madre.

Es descalificadora en sus relaciones. Gema constantemente ha sido descalificada por su madre y su padre. A través de su relato, ha podido darse cuenta que ella actúa de manera similar y lastima a los demás como se ha sentido lastimada por sus padres. Muestra una oscilación entre demandas y ataques ligados a una angustia de abandono, expresadas con descargas impulsivas.

Es una mujer responsable y cumplida. Es la parte de compromiso que puede establecer en sus relaciones tanto laborales, de pareja, con las amistades e incluso en la terapia. Hace las cosas pero luego las cobra, provocando en el otro (me incluyo) enojo y hartazgo, maneja un “si yo te doy tú me tienes que dar”. Presenta una necesidad de reconocimiento, una demanda nunca satisfecha, como sucedió en sus vínculos primarios.

Gema ha sentido que su madre constantemente la compara con sus primas o con otras personas, dejándola siempre en desventaja, nunca la reconoce y valida. Igual que ella lo hace con los demás. En sus relaciones el otro, con quien se está relacionando, no es lo suficientemente bueno, termina idealizando al que no está. Devalúa como siente que a ella la han devaluado.

Siempre hay algo que impide que se de un vínculo de una forma madura, pues ninguna relación es suficiente ni de pareja, amistades o compañeros de trabajo. Parece estar constantemente en búsqueda de una relación significativa con otra persona, con una gran dificultad para integrar las representaciones buenas y malas en sí misma y en los demás, lo cual es característico de la personalidad borderline (Cancrini, 2007).

Por la forma en que se percibe a sí misma y en que establece sus vínculos tanto de amistad, pareja y terapéutico parece tener un nivel de funcionamiento border y rasgos de personalidad de tipo paranoide. Se muestra desconfiada, suspicaz, piensa y expresa que se quieren aprovechar de ella, su pareja, sus padres, hermanas y amistades. Se esfuerza para que sus proyecciones encajen en quien proyecta, utiliza en forma masiva la identificación proyectiva realizando inducciones que le confirmen su falso self.

2.9. Diagnóstico psicodinámico

Identidad.- Gema mantiene su identidad integrada, a menos que entre en una ansiedad desbordante. Lo cual le ocurre en situaciones de amenaza de pérdida o abandono, como cuando pierde el trabajo o como cuando corre al novio de su casa y él pretende irse, entonces refiere que empieza a llorar “sin parar y

descontroladamente” y el novio no se va (al menos el actual) porque le da miedo que le pase algo.

Prueba de realidad:- tiende a estar conservada aunque al utilizar la proyección de forma masiva, son los otros quienes la envidian, quienes abusan de ella, quienes la abandonan sin que ella reconozca su participación en estos eventos.

Yo observador.- al principio del tratamiento su posición era de víctima. Cuando Gema llega a consulta, tenía poco tiempo de haber finalizado una relación de pareja de 8 años, fueron varias sesiones para entender que en realidad era ella quien la había terminado aunque se expresaba como que la habían abandonado.

Por momentos manifiesta comentarios como “qué hice, por qué se alejan de mí” pero más en una posición de víctima que de participación activa, momentos en los que muestra un yo observador empobrecido.

El papel de víctima le permite chantajear o manipular a los otros como su madre lo hace con ella.

Transferencia y contratransferencia.- para Gema he oscilado entre una buena y una mala terapeuta. A veces me confirma como terapeuta y a veces me descalifica, al igual que lo hace en sus otros vínculos.

La contratransferencia es abrumadora, pues es una persona demandante. Al principio del tratamiento, en varias ocasiones me pasó que al tocar mi siguiente paciente mientras le iba a abrir cuando regresaba estaba llorando, lo cual hacía que le dedicara unos minutos más de contención. También había ocasiones en que salía de sesión y me llamaba por teléfono para contarme que había salido muy mal, me mandaba mensajes, correos. Sentía que se aprovechaba de mí como ella menciona que se ha sentido abusada por otras personas.

Es una mujer descalificadora e hiriente en sus comentarios, como lo es su madre. Generando en mi como terapeuta sentimientos de hostilidad, incluso pensé en

canalizarla, pero al mismo tiempo reflexioné que si lo hacía estaría repitiendo lo que otras personas han hecho, alejarse de ella.

Los mecanismos de defensa que utiliza con mayor frecuencia son:

- *Escisión.*- tiende a percibir en bueno y malo, sin matices, como a su pareja a quien en momentos la ve como quien la cuida y protege y en otros como desvalido y quien es incapaz de cuidarse hasta a sí mismo. A mí como terapeuta, en ocasiones me desconfirma y en otras me valida.
- *Proyección.*- los demás abusan de ella, la envidian, la abandonan, todo lo pone en los otros sin reconocer su participación en la interacción. Lo pone de manifiesto en situaciones como “él termino la relación” o “mi hermana Lola me tiene coraje, me envidia” cuando ha manifestado que tiene el marido y los hijos que ella siempre quiso tener. Constantemente expresa “el otro no es suficiente” “no me da lo que necesito” refiriéndose a sus padres, hermanas, las parejas que ha tenido, amigas, cuando en realidad es una proyección de sentirse insuficiente e incapaz de dar lo que los demás requieren de ella.

2.10. Mecanismos transpersonales

Identificación proyectiva.- pone en su hermana Lola la envidia porque tiene un marido y unos hijos que Gema siempre quiso. Lola lo actúa, siente coraje, hartazgo y le reclama pues ella al estar sola es independiente, no tiene que darle cuentas a nadie. Lola ha puesto distancia con Gema, ha dejado de invitarla a su casa y mi paciente se lo explica diciendo que su hermana le tiene celos porque su marido conversa con ella, proyecta sus propios celos en Lola, quien actúa dejando de hablarle y evitándola.

En el contexto terapéutico, con ella manejo honorarios bajos por el contexto de la derivación señalado anteriormente. En una ocasión me paga y me deja 10 pesos más, cuando me doy cuenta, le mando un mensaje avisándole pues pensé que se había confundido, me dice que estaba enterada pero que sabía que yo le hacía un precio especial y que era una manera de agradecer mi esfuerzo, a lo que yo le respondo que la próxima sesión lo hablábamos. Me parece un poco agresivo que me deje una especie de propina. Cuando acude nuevamente a sesión, le doy los 10 pesos de

cambio y le digo que en un mes cuando termine unos compromisos económicos que ha comentado tiene pendiente, volveríamos a negociar la cuota. Una vez que se cumple el plazo y en la sesión que yo pensaba retomar el tema de mis honorarios llega llorando, diciendo que su papá le reclama diciéndole que le da “migajas” refiriéndose a su apoyo económico y que ella sentía que abusaban de ella por exigirle más cuando le “cuesta tanto trabajo” lo que le aporta a su papá. Hablamos de cómo ella ha aprendido que el dinero se equipara con el afecto, también de su miedo a que “me quiten más” si saben lo que gana, que se aprovechen de ella, repitiendo esto mismo en el vínculo terapéutico y después de ir evaluando durante la sesión si retomaba el tema de los honorarios, lo abordé confirmando su compromiso por asistir, trabajar y pagar su terapia, mencioné que su baja aportación no demeritaba mi trabajo, pero tal como habíamos quedado, que pensara si podría aumentar la cuota y me resolviera la próxima sesión. Me quedé preocupada y pensando si había sido un error de *timing*, si yo había actuado ante su actitud, pero sabía que si no lo trataba yo podría sentirme enojada.

Hoy después de revisarlo, creo que al negociar mis honorarios evité actuar esa parte que pone en los demás de sentir que aceptamos sus migajas y cómo tal nos comportamos con ella.

También, en ocasiones yo me he sentido invadida, como cuando me doy cuenta que con frecuencia revisa mi foto de perfil de *whatsapp*, pues me hace comentarios al respecto o cuando me hace preguntas personales.

Colusión.- el contenido de la colusión en sus vínculos es su necesidad de ser dependiente, chiquita, para ser cuidada, vista, importante y valiosa, pues sus vínculos primarios no la reconocieron y confirmaron.

En sus relaciones con figuras significativas, se aprecia como Gema tiene una mejor interacción cuando está en una posición vulnerable, ha sido claro cuando se queda sin trabajo y su pareja le ayuda a buscar empleo, la asesora en sus entrevistas, le ayuda a hacer su CV, cuando ella se ve chiquita y dependiente, a él lo puede ver fuerte como hombre y esto le gusta, pero cuando encuentra trabajo y está en mejor situación económica entonces empiezan a tener discusiones frecuentes. La colusión que mantienen le confirma a Gema su falso self de niña indefensa que necesita protección.

Lo mismo sucede con una amiga muy cercana, a la que le habla diario y quien le repite a Gema que está muy sola, en una ocasión le dice que cuando sea viejita le va a hacer una casa y la va a cuidar pero cuando Gema está bien con su pareja, cuando aparece acompañada y más empoderada, ya no la busca tanto, es entonces cuando empiezan a tener fricciones constantes y se distancian.

Gema pone de manifiesto en sus vínculos actuales, identificaciones proyectivas cruzadas que constituyen una colusión de tipo oral, que implican la necesidad de cuidar y ser cuidado, pues así se siente importante y valiosa obteniendo el reconocimiento que no logró con sus figuras primarias.

La terapia constituye un espacio seguro donde Gema puede aprender formas de vincularse diferentes a las hasta ahora utilizadas, pues como señala Althaus (2000) nuestra experiencia se construye y reconstruye, dinámica y permanentemente, a través del interjuego entre lo intrapsíquico y lo interpersonal.

2.11. Objetivos terapéuticos y estrategias utilizadas

Durante la terapia, han estado presentes las tres posturas terapéuticas que menciona Minuchin:

1. *Cercanía*: confirmando los aspectos positivos de Gema como su capacidad para mantener una estabilidad laboral tan importante y el papel de cuidadora de sus padres, siendo la hija que más los apoya tanto económicamente como al estar presente.
2. *Intermedia*: rastreando la parte de sus vínculos que son nutrientes, ampliando la posibilidad de aceptar a su pareja en lo que sí le da, como compañía y apoyo en la etapa de búsqueda de trabajo o al mencionar el aceptar a su familia en lo que pueden y no pueden dar.
3. *Distante*: cuando hago señalamientos iniciando con la frase “desde mi experiencia terapéutica”...

Trabajando en los siguientes objetivos terapéuticos:

1. Favorecer la reintroyección de las proyecciones que le permita aceptar “esta soy yo y estas son mis carencias.”

- a) Tratar de que tome conciencia de su conducta y cómo impacta en los demás, ejemplo: en una sesión Gema me comenta lo demandante que es su madre que le llama todo el tiempo, incluso en esa sesión recibe varias llamadas seguidas de ella y no le contesta para decirle que está ocupada que luego le marca. Le pregunto si hay alguien más que actúe así y con mucho susto dice que a ella y que no quiere parecerse a su mamá. Son pequeños momentos de *insight*, pero es como si se le olvidara pronto o no terminara de entenderlo, es algo que hemos trabajado en varios momentos de la terapia.
 - b) Cuestionar una y otra vez su lugar de “me dejó mi pareja” a la “dejé yo” porque no “quería hacer lo que le pedía” a “tal vez en ese momento no podía darme lo que necesitaba”.
2. Promover una integración del Yo que le permita tolerar la ambivalencia, bajar la idealización y vincularse con una mayor madurez.
- a) Tratarla como adulta para que disminuya su comportamiento infantil, desde la voz de chiquita y desvalida. Explorando cómo es que ella ha participado en su propia vida, saliendo de un lugar de víctima.
 - b) El espacio terapéutico le da la contención necesaria para tolerar la ambivalencia, disminuir la idealización de la pareja y que pueda establecer y mantener una relación con Lito, su actual pareja. También he señalado en diversas ocasiones que cualquier persona estando sin pareja puede lograr un bienestar.
3. Tomar responsabilidad sobre sí misma y su enojo, reconociendo que una pauta en su familia es la descalificación y la agresividad.
- a) Cuando actúa de forma descalificadora confrontarla con su propia experiencia en la relación con sus padres. Revisando como me ha descalificado como terapeuta con comentarios como: “no puedes entenderme”. Y cómo descalifica a su pareja y a sus amistades.
 - b) Me repite constantemente que no le menciona a su madre que viene a terapia porque le dice “seguramente le vas a hablar mal de mí a la psicóloga”. Hablamos sobre el coraje y la desesperación que le provoca su madre quien siempre le habla a través del reclamo, validar

su enojo y ver la forma en que puede prescindir de ella como única fuente de confirmación, evitando repetir esa forma de comunicarse para generar relaciones como adulta que la reconozcan y confirmen.

- c) Cuestionar su queja de cómo personas significativas actúan con ella, explorando si esto lo hacen con alguien más y promoviendo la reflexión de qué está influyendo para qué actúen como lo hacen. Por ejemplo: Gema le compró unas camisetas de ropa interior a su madre porque se las había estado pidiendo, cuando se las da le dice que no le gustaron, que están mal hechas, al explorar si su mamá ha hecho algo similar en otra ocasión comenta que cuando una tía le regalo un pantalón le dijo “se ve corriente y ni siquiera es de mi talla” aunque traía el ticket de regalo con el que podría hacer el cambio. Su madre hace comentarios agresivos y descalificadores con todos, apareciendo como una pauta familiar.

4. Diferenciar lo que no le dieron sus objetos primarios de lo que no le dan los demás. Aceptando que eso puede no ser reparado pero de ahora en adelante puede trabajar por construir vínculos nutrientes y satisfactorios.

- a) Trabajamos desde la relación terapeuta-paciente, al poner límites en la terapia, respetando el tiempo y el espacio. En diferentes momentos de la terapia retomé el encuadre, con la idea de que la terapia representara un espacio seguro.
- b) Hablamos sobre las llamadas y mensajes frecuentes, aclarándole que tenía que diferenciar cuando eran importantes y cuando no. También hablamos sobre su demanda en el tiempo de terapia de no dejarla esperar ni 10 minutos, sin tomar en cuenta que ese tiempo se lo reponía o sesiones en que me prolongaba un poco más. Analizamos cómo nos sentíamos ambas con esto y si se repetía en otros vínculos, además del terapéutico. Todo esto con el fin de promover formas alternativas para vincularse, diferente a actuar de manera demandante e intrusiva.
- c) La falta de reciprocidad es una queja constante en su discurso, menciona todo lo que ella hace por los demás y los demás no hacen por ella. Yo lo he trabajado como que no es una moneda de cambio válida como te presto 10 pesos, me pagas 10 pesos, porque cada quien le da un valor y significado distinto a lo que hace por el otro.

Diferenciando lo que no le dieron sus figuras primarias de lo que no le dan los demás, para que aprecie lo que si le dan los otros.

- d) Exploramos diferentes formas de poner límites a sí misma y a su familia, sobre todo a su madre y a su hermana Dalia. Con el trabajo terapéutico se ha vuelto más consciente de su forma de actuar, de su participación en sus relaciones, básicamente utilizando preguntas circulares, estratégicas y reflexivas.¹⁴

5. Revisar su historia familiar:

- a) Al conversar sobre la historia de Julia, como perdió a su madre tan pequeña lo que le impidió tener y aprender un maternaje con calidad. Le ha permitido a Gema una mayor comprensión de la conducta de su madre.
- b) Mirar la conducta de su padre desde su enfermedad le ha quitado la carga de una intención propositiva de fastidiarle la vida.
- c) Explorar cómo reaccionó cada una de sus hermanas ante la separación de sus padres. Lola actuando lo que ella desearía por momentos, poner distancia y despreocuparse de ellos, mientras Dalia logra una mayor distancia por su bipolaridad que la “incapacita”, pues no se ha comprometido con su tratamiento y esto la ha becado para hacerse cargo como cuidadora de sus padres, compartiendo la responsabilidad con sus hermanas.

2.12. Persona del terapeuta

La terapia de Gema ha constituido un reto por la intensa contratransferencia que ha llegado a provocarme, lo cual ha resultado de un gran aprendizaje sobre mi persona y mi papel de terapeuta. Yo me he sentido por momentos enojada, abusada, asfixiada, me ha molestado mucho por lo dura que puede ser con los demás y conmigo como su terapeuta. Pero también, siento aprecio por ella y me da gusto que al revisar el proceso, hemos notado diferencias.

¹⁴ Las *preguntas circulares* “pretenden revelar los patrones circulares recurrentes para conectar las percepciones y los eventos”. (Tomm, 1988, p. 10). Exploran la forma de actuar de un tercero (familiares, amigos, compañeros de trabajo, etc.). Las *preguntas estratégicas* “se plantean con el fin de influenciar al paciente o a la familia de manera específica, y se basan en suposiciones lineales sobre la naturaleza del proceso terapéutico”. (Tomm, 1988, p. 10). Las *preguntas reflexivas* promueven la reflexión “sobre las implicaciones de sus percepciones y acciones actuales para considerar nuevas opciones.” (Tomm, 1988, p.12).

Ella también se ha sentido asfixiada y sobre exigida en la relación con su familia, con su pareja y en las últimas dos situaciones laborales.

Una de las cosas que caí en la cuenta con las primeras supervisiones del caso es que para Gema ser atendida por la coordinadora del CAF era importante y que yo me dejé seducir por esa parte de “quiero tomar terapia contigo”. Además que realmente estaba convencida que necesitaba un proceso terapéutico desde que me comentaba el caso a través de la mirada de una de sus amigas, desde esa parte omnipotente que tenemos como terapeutas, buscaba intentar que lograra un cambio que la hiciera salir de la queja y dejar de aparecer como una mujer con un gran sufrimiento, que era lo que transmitía con su discurso causando desesperación y hartazgo.

A través de su narración y del vínculo terapeuta-paciente ha mostrado en diversas ocasiones el uso de la identificación proyectiva.

Hubo un momento en el proceso terapéutico, que para mí fue fundamental para la comprensión del caso, lo que sucedió fue que no tomé su llamada porque estaba terminando una sesión en la que me había prologado unos minutos más, me llamaba para avisarme de su retraso pero yo no contesté sin saber quien llamaba, regresé la llamada más tarde y cuando llegó a sesión me reclamó que no estuviera disponible cinco minutos (la paciente señaló la hora exacta) después que su hora había iniciado, aunque normalmente le repongo el tiempo (lo cual no recordó). En esa misma sesión comentó un evento de un día en la semana en que su pareja se había quedado con ella para cuidarla pues estaba enferma y al día siguiente no quiso prestarle su coche para ir a trabajar, también era una sesión en la que habíamos quedado de revisar mis honorarios pues con ella manejo una cuota preferencial y ni siquiera lo había considerado. Sentí abuso de su parte, hacia mí como su terapeuta, hacia su pareja y hacia el proceso terapéutico, me provocó mucho enojo, mi contratransferencia fue abrumadora y hostil como menciona McWilliams (1994) que sucede con los pacientes border.

Lo que me estaba pasando lo llevé a los espacios que considero indispensables tener como terapeuta: supervisión, grupos de estudio y terapia personal (Pérez Alarcón, 2008), permitiéndome analizar y dar un significado a la situación, sobre todo

la primera vez en que detecté lo que estaba pasando en el vínculo terapéutico, para preparar una intervención, la cual, retomando a Tansey y Burke (1989) tuvo como objetivo facilitar que la paciente metabolizara su forma de relacionarse; al explorar lo sucedido en sesión, exponiendo qué había pensado y cómo esto mismo parecía sucederle en otros vínculos. Este análisis, nos permitió seguir trabajando en el proceso terapéutico y se volvió más observadora de su conducta agresiva, la cual tiende a provocar la molestia y evitación de aquellos con quienes interactúa.

Fue una parte fundamental en la terapia, que pasó de estar a punto de canalizarla a salir del estancamiento en que yo sentía que estábamos. La ampliación de los ensamblajes (elementos diferentes que pueden estar ligados a datos individuales, sociales o relacionales) que menciona Elkaim (1989) permitió la evolución del proceso, logrando dar contención a la paciente.

III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La construcción de hipótesis sistémicas complejas requiere relacionar diferentes áreas de conocimiento del terapeuta. Proporcionan una mayor comprensión del paciente y abren líneas de trabajo.

La elección del caso a analizar para fines de la titulación, estuvo motivado en gran parte por la detección de la identificación proyectiva y los efectos que en mí causaba el uso de este mecanismo de defensa transpersonal, que se pueden resumir en intensas reacciones contratransferenciales de hostilidad y hartazgo.

Buscar hipotetizar desde la complejidad, me permitió seguir con el proceso terapéutico. Trabajando con Gema en la reintroyección de aspectos propios depositados en el otro (incluyéndome) como forma de proteger su falso self, para que pudiera aceptar sus inseguridades y dolores internos, que es algo que aún seguimos trabajando en cada sesión. También considero como un logro terapéutico importante, que se le proporcionó la contención necesaria para tolerar su ambivalencia y disminuir su idealización, de forma que ha logrado vincularse de una forma más madura con su actual pareja, amistades y compañeros laborales.

La investigación teórica y el análisis del caso realizado para este trabajo de titulación, ha constituido un tiempo de comprensión, organización y resignificación importante para el proceso terapéutico, en beneficio tanto de la paciente como de mi práctica profesional.

La identificación proyectiva toca una parte de la experiencia, de la personalidad del otro a quien le hace sentido y se provoca una respuesta contratransferencial que a veces se queda en la emoción y otras se pasa a la acción. Detectar, revisar y entender las autorreferencias y resonancias que tenían en mí temas como la sensación de abuso, así como la correspondencia entre cuidar y ser cuidado, ampliaron la comprensión del caso. Pues es el vínculo terapéutico, como profesionales entrenados, el que nos proporciona información y material de trabajo para el proceso terapéutico.

Utilizando un enfoque de terapia basado en el constructivismo, considero conveniente poner en palabras y en forma de hipótesis, en el momento que se considere más

oportuno, lo que sucede en la relación terapeuta-paciente para abrir el diálogo terapéutico. Esto fue lo que puse en práctica, logrando un avance significativo.

Considero importante que en la práctica profesional, nos dediquemos más a la construcción de hipótesis sistémicas complejas y que se documente sobre lo que sucede en el vínculo terapéutico, sin que esto se vea como una forma de exponer a la persona del terapeuta, pues finalmente constituye nuestra principal herramienta de trabajo.

IV. BIBLIOGRAFÍA

Althaus, E. (2000). El individuo en la familia y la familia en el individuo. In R. Jiménez, P. Barrientos, D. Juárez, & M. (. Centeno, *La terapia familiar en México Hoy* (pp. 15-33). Tlaxcala: Universidad Autónoma de Tlaxcala.

Bateson, G. (1972). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Editorial Planeta.

Benjamin, J. (1997). *Sujetos iguales, objetos de amor*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Bertrando, P. (2011). *El terapeuta dialógico*. México, D.F.: Editorial Pax.

Boscolo, L., & Bertrando, P. [1996] (2008). *Terapia sistémica individual* (2a. edición ed.). Buenos Aires: Amorrortu.

Boszormenyi-Nagy, I., & Framo, L. (1976). *Terapia familiar intensiva*. México, D.F.: Editorial Trillas.

Bowlby, J. (1989). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.

Cancrini, L. (2007). *Océano Borderline*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.

Capra, F. (1996). *La trama de la vida*. Barcelona: Editorial Anagrama S.A.

Catherall, R. (1992). Working with projective identification in couples. *Family Process*, 355-367.

Díaz- Benjumea, M. D. (1 de Febrero de 2013). *Clínica e investigación relacional*. Recuperado el 1 de Marzo de 2014, de Revista electrónica de psicoterapia: www.psicoterapiarelacional.es

Elkaim, M. (2000). *Si me amas, no me ames* (Tercera reimpresión ed.). Barcelona: Gedisa.

Etchegoyen, R. (1986). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

Fenichel, O. (1964). *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Fortes de Leff, J., Aurón, F., Gómez, M. E., & Pérez Alarcón, J. (2009). *El terapeuta y sus errores. Reflexiones sobre la terapia*. México, D.F.: Trillas.

Freud, S. (1948). *Obras Completas* (Vol. I). (L. López Ballesteros y de Torres, Trans.) Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.

Gutiérrez, A. R. (2010). *Tesis. Relación terapéutica e intersubjetividad : los vínculos significativos en el sistema terapéutico y su relevancia en la construcción del proceso del cambio*. México, D.F.: ILEF.

Hall, C., & Lindzey, G. (1990). *La teoría psicoanalítica de la personalidad* (3a. Reimpresión ed.). México, D.F.: Paidós.

Keeney, B. (1987). *Estética del cambio*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Kernberg, O. & Yeomans, F. Conferencia: *Narcisismo, psicoterapia focalizada en la transferencia y trastornos de personalidad*. México, D.F. 15 de noviembre 2013.

Laing, R. [1961] (1998). *El cuestionamiento de la familia* (2a. Reimpresión ed.). México, D.F.: Editorial Paidós Mexicana, S.A.

Laing, R. (1974). *El yo y los otros*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica .

Laing, R., Phillipson, H., & Lee, R. (1969). *Percepción interpersonal*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. [1967] (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Paidós.

Marrone, M. (2009). *La teoría del apego, un enfoque actual* (2a. edición ed.). Madrid: Editorial Psimática.

McNamee, S., & Gergen, K. (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.

McWilliams, N. (1994). *Psychoanalytic Diagnosis*. New York: The Guilford Press.

Minuchin, S., & Fischman, H. C. (1984). *Técnicas de Terapia Familiar*. Médico, D.F.: Paidós Mexicana, S.A.

Morin, E. [1977] (1997). *El método. La naturaleza de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.

Morin, E. [1990] (1998). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.

Pérez Alarcón, J. (2008). En las fronteras de nuestros paradigmas: la construcción de explicaciones complejas. *Psicoterapia y Familia* , 21 (2), 16 - 27.

Pichon-Riviere, E. (1985). *Teoría del vínculo*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

Rivera, F. (2011). Laing: un "rebelde" que desafió el orden psiquiátrico imperante. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* , 679-691.

Segal, H. (1990). *Introducción a la obra de Melanie Klein* (5a. reimpresión ed.). México, D.F.: Editorial Paidós Mexicana, S.A. .

Stanley, I., Greenspan, M., & Mannino, F. (1974). A model of brief intervention with couples based on projective identification. *American Journal of Psychiatry* , 1103 - 1106.

Tansey, M., & Burke, W. (1989). *Understanding Countertransference from Projective Identification to Empathy*. NJ: The Analytic Press, Inc.

Tomm, K. (1988). *La entrevista como intervención, III*. Family Process. Volumen 27, número 1.

Vaillant, G. E. (1977). *Adaptation to life*. Cambridge Massachussets: Harvard University Press.

Wallin, D. J. (2012). *El apego en psicoterapia*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.

Willi, J. (1978). *La pareja humana : relación y conflicto*. Madrid: Ediciones Morata.