

UNIVERSIDAD DE PALERMO  
FACULTAD DE HUMANIDADES  
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

TRABAJO FINAL DE INTEGRACIÓN

Análisis de un caso de una paciente con sintomatología psicósomática y núcleos psicóticos, y el vínculo transferencial establecido en el marco de una psicoterapia psicoanalítica.

Autor: Pazos María Cecilia  
Tutora: Dra. Aldana Sol Grinhauz

## Índice

Índice .....	2
1. Introducción.....	3
2. Objetivos.....	4
2.1 General.....	4
2.2 Objetivos Específicos.....	4
3. Marco Teórico.....	5
3.1 El Psicoanálisis.....	5
3.1.1 La terapia psicoanalítica y sus características.....	9
3.2 El fenómeno psicossomático y sus características clínicas.....	10
3.2.1 Características de los pacientes psicossomáticos cardíacos.....	17
3.2.2 La transferencia.....	18
3.2.2.1 La transferencia en pacientes psicossomáticos.....	20
3.2.3 Comorbilidad, Ataques de pánico .....	21
3.3 Núcleo psicótico o parte psicótica de la personalidad.....	23
4. Metodología.....	27
4.1 Tipo de estudio.....	27
4.2 Participante.....	27
4.3 Instrumentos.....	27
4.4 Procedimiento de recolección de datos.....	27
5. Desarrollo.....	28
5.1 Conceptualización del caso.....	28
5.1.1 Datos de la paciente.....	28
5.1.2 Datos de la psicóloga a cargo del tratamiento.....	29
5.2 Descripción de la sintomatología psicossomática de la paciente.....	30
5.3 Descripción de las características de los núcleos psicóticos de la paciente.....	33
5.4 Descripción del vínculo transferencial.....	37
6. Conclusiones.....	41
7. Referencias Bibliográficas .....	45

## **1. Introducción**

El presente trabajo final de integración surge en el marco de la práctica y habilitación profesional realizada en la institución dedicada a la asistencia clínica y formación de profesionales con orientación psicoanalítica. Dicha institución tiene a cargo, entre otras actividades, el servicio de psicodermatología de un Hospital General y el de servicio de psicocardiología de un Hospital Municipal de CABA. La práctica consistió en la asistencia a distintos espacios y actividades que la institución lleva a cabo semanalmente, entre ellos: distintos espacios de supervisión grupal, admisiones en el Hospital General a cargo del equipo de psicodermatología, la realización de un curso de especialización en psicósomática y la asistencia a charlas y conferencias dentro y fuera de la institución.

La elección del tema del presente trabajo surge por el interés particular en los rasgos de la paciente y del trabajo analítico de un caso abordado en uno de los espacios de supervisión.

## **2. Objetivos**

2.1 Objetivo general: Analizar el caso de una paciente con sintomatología psicosomática y núcleos psicóticos, y el vínculo transferencial establecido en el marco de una psicoterapia psicoanalítica.

### 2.2 Objetivos específicos

- Describir la sintomatología psicosomática de la paciente.
- Describir las características de los núcleos psicóticos de la paciente.
- Describir las características del vínculo transferencial establecido en el marco del análisis.

### **3. Marco Teórico**

#### **3.1 El Psicoanálisis**

Al abordar la temática del psicoanálisis se puede hacer la distinción de tres niveles distintos y, a la vez, complementarios. Por un lado, el término psicoanálisis, utilizado por Freud, por primera vez en 1896, hace referencia a un método de investigación basado fundamentalmente en evidenciar a través de la asociación libre, el significado inconsciente de las palabras, actos, producciones imaginarias, sueños y fantasías.

En segunda instancia, el término psicoanálisis remite a un “proceso psicoanalítico” o método psicoterapéutico que tiene su fundamento, como se dijo en el párrafo anterior, en la investigación de lo inconsciente. Este proceso terapéutico o cura analítica, se caracteriza por la interpretación controlada de la resistencia, entendida como todo aquello que en palabras o actos del sujeto analizado opera como obstáculo para que éste tenga acceso a su inconsciente; la transferencia que podría definirse de modo muy sintético como la repetición de los vínculos primarios en la relación con el analista; y del deseo comprendido como motivación de naturaleza inconsciente (Laplanche & Pontalis, 2015).

Por último, se trata de un conjunto de teorías psicológicas y psicopatológicas, que si bien tuvieron su origen en la teoría elaborada por Freud, sufrieron y sufren a lo largo de su historia un amplio crecimiento. Este corpus teórico, tan variado en la actualidad, no deja de tener su esencia en la sistematización de los datos aportados por el método psicoanalítico entendido como investigación y tratamiento (Laplanche & Pontalis, 2015).

A lo largo de su investigación, Freud elaboró la teoría psicoanalítica a partir de sus observaciones clínicas. Su prolífico y novedoso desarrollo teórico sufrió constantes modificaciones a lo largo de sus extensos años de investigación clínica, este es uno de los motivos por los que no resulta sencillo esquematizar su producción teórica. Las sucesivas reformulaciones en la teoría psicoanalítica guardan una estrecha relación con los fenómenos clínicos, los obstáculos y las limitaciones con que Freud se encontró en su práctica (Laznik, Lubián & Kligmann, 2011).

La lectura de la teoría freudiana se puede emprender a partir del concepto de lo *Inconsciente*. A diferencia de la psicología de la época que consideraba como

equivalentes a la conciencia y a la actividad, Freud afirmó que la conciencia constituía solamente una parte de la vida mental humana y que la actividad psíquica tiene su origen principalmente en el inconsciente. Así es como Freud elabora su primer teoría acerca del funcionamiento del aparato psíquico. Concibió, en principio, un sistema, comúnmente denominado primera tópica, compuesto por el Consciente (cc), el Preconsciente (Prcc) y el Inconsciente (Icc), todos ellos regidos por lo dinámico y económico del principio de placer displacer. En este esquema, el consciente es el sistema que establece el contacto con el mundo externo mientras que el inconsciente es el sistema donde reposa lo reprimido y las pulsiones (Bedoya Ocampo, Yepez & Ríos, 2010). Freud (1933), distingue dos clases de inconsciente, por un lado el latente, que es susceptible de conciencia y, por otro, lo reprimido, que permanece en estado inconsciente. A los contenidos inconscientes en estado latente, que luego de ser analizados por la censura quedan accesibles para la conciencia, es a lo que Freud denomina Preconsciente.

Los actos anímicos deben atravesar una nueva censura, cada vez avanzan hacia una etapa más alta de organización Psíquica (Bedoya Ocampo et al., 2010). Esto conduce a otra noción central del psicoanálisis que es el concepto de *represión*. Laplanche y Pontalis (2015), definen la represión como un proceso psíquico universal, una operación puesta en marcha por el sujeto para intentar rechazar o mantener en el inconsciente representaciones, pensamientos, imágenes o recuerdos ligados a una pulsión cuya satisfacción implica un peligro de provocar displacer en virtud de otras exigencias. Esta operación, se halla en el origen mismo de la constitución del inconsciente como sistema separado del resto del psiquismo.

Otra noción que Freud (1915) desarrolla y resulta fundamental en su teoría es el concepto de *pulsión*. La define como un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un representante psíquico de los estímulos que provienen del interior del cuerpo. Distingue básicamente dos tipos de pulsiones, las pulsiones yoicas o de autoconservación, y las pulsiones sexuales (Freud, 1915). Estas últimas, representan para Freud una fuerza que ejerce un “empuje” y define a la *libido* como la energía de esta pulsión, en términos cuantitativos (Laplanche & Pontalis, 2015).

Freud (1933), explica en la conferencia 31, que el psicoanálisis tuvo su punto de partida en el síntoma, entendido como algo que proviene de lo reprimido y que resulta ajeno para la conciencia, y desde este punto su investigación lo llevó a lo inconsciente, a la vida pulsional y a la sexualidad. Posteriormente, a partir de las elucidaciones

posibilitadas por la clínica, plantea un segundo modelo estructural del aparato psíquico, una segunda tópica. Sobre las bases de los conceptos mencionados previamente, inconsciente, consciente y preconscious, describe una estructura compuesta por distintas instancias, estas son el *Yo*, el *Ello* y el *Superyó*. Estas instancias o provincias anímicas, están conformadas por procesos psíquicos que pueden tener la cualidad de ser conscientes, o estar en estado preconscious o inconsciente, en el sentido descrito previamente.

El Ello, es la parte oscura, caótica e inaccesible de nuestra personalidad, tanto, que se lo describe por su carácter negativo, por oposición respecto al yo. Esta instancia está en contacto con lo somático, acogiendo dentro de sí las necesidades pulsionales, y no teniendo ningún grado de organización ni voluntad global, sólo se rige por el afán de procurar la satisfacción de las necesidades pulsionales, obedeciendo únicamente al principio de placer. En el Ello, no existe la contradicción y pueden convivir sin anularse mociones pulsionales opuestas. Además tampoco registra temporalidad, moralidad ni valoraciones, y solo se tiene conocimiento de los contenidos de esta instancia psíquica a través de sus expresiones, entre ellas, los sueños y los síntomas neuróticos. La energía de las mociones pulsionales que conforman esta instancia, son movibles y susceptibles de descarga a través de los mecanismos de desplazamiento y condensación (Freud, 1933).

Desde el punto de vista del aparato psíquico, el recién nacido sólo cuenta con las mociones pulsionales que constituyen al Ello. El Yo podría ser caracterizado como una parte del Ello que fue modificada por la proximidad y el influjo de el mundo externo a través del sistema de percepción, conformando así una nueva instancia. El yo gobierna el acceso a la motilidad pero posee la función de interpolar entre la necesidad y la acción, el trabajo de pensamiento, recurriendo al auxilio de la memoria. De esta forma, es el principio de realidad el que comanda las acciones del Yo. No es menor considerar que esta provincia anímica funciona como servidor de tres amos, del mundo externo, del Ello y del Superyó. Su tarea se circunscribe a procurar responder a las necesidades de éstos tres, y es frente a sus exigencias contrapuestas que reacciona surgiendo la angustia.

Freud (1933) llama la atención sobre la falta de moralidad en los niños pequeños, la incapacidad que poseen de inhibir sus impulsos, para explicar que en el hombre la conciencia moral no es algo innato sino que se trata del resultado de un proceso de *identificación* de los niños, con las figuras parentales. Este proceso de

identificación da origen a la instancia denominada Superyó que asume la función prohibidora y la observación del yo para el cumplimiento de las normas transmitidas originalmente por los padres bajo la amenaza del sentimiento de culpa moral (Freud, 1933).

El fundador del psicoanálisis recurre con frecuencia, a lo largo de su obra, a las metáforas para explicar los conceptos que propone. Resulta muy clara la imagen que utiliza para describir cómo los límites entre las tres instancias que conforman el aparato psíquico, no son tajantes en absoluto. Utiliza la imagen de campos coloreados que se pierden unos con otros, haciendo referencia al arte moderno y en contraposición con los contornos lineales del dibujo o la pintura más primitiva (Freud 1933).

Hasta aquí, se ha pretendido hacer un breve recorrido de la teoría freudiana en relación a la conformación del aparato psíquico, sin abordar las nociones relativas a la psicopatología. Sin embargo, resulta de gran interés para el presente trabajo realizar también un sucinto desarrollo de algunas nociones básicas de la nosografía freudiana, como son los conceptos: *neurosis*, *psicosis* y *perversión*.

En términos generales, la neurosis se trata de una afección psicógena que presenta síntomas como expresión simbólica de un conflicto psíquico que tiene sus orígenes en la historia infantil del sujeto y que implica un compromiso entre el deseo y la defensa (Laplanche & Pontalis, 2015). La nosología freudiana distingue, por un lado, las *neurosis actuales*, que comprenderían conceptos como: *neurastenia*, *neurosis de angustia* e *hipocondría* y, por otro lado, las *neurosis de transferencia* que incluye la *histeria de conversión*, *histeria de angustia* y *neurosis obsesiva* (Samat, 2006).

Las neurosis actuales, a diferencia del resto, no posee su raíz en los conflictos infantiles, sino en el presente. Los síntomas no son una expresión simbólica sino que son producto de desórdenes en la vida sexual actual y el factor desencadenante de este cuadro es somático, no psíquico como sucede en la histeria o neurosis obsesiva (Laplanche & Pontalis, 2015).

Otra clasificación que resulta de interés abordar en el presente trabajo es el concepto de *neurosis mixta*. En estos cuadros conviven la mezcla de varias etiologías específicas. Son pocas las veces en que las neurosis se presentan conformando un cuadro puro, generalmente conviven, por ejemplo, rasgos histéricos con un cuadro obsesivo. En este tipo de cuadros puede considerarse los casos que Freud denominaba como *casos-límites*, en los que intervienen componentes neuróticos y psicóticos (Laplanche & Pontalis, 2015).

Si bien dentro de las clasificaciones psiquiátricas el concepto de *psicosis* posee variadas acepciones, dentro de la nosografía psicoanalítica abarca cuadros como la *paranoia* y *esquizofrenia* por un lado y la *melancolía* y la *manía* por otro. En todos los casos existe una perturbación en la relación libidinal con la realidad, lo que produce como sintomatología manifiesta tentativas secundarias de restauración del lazo objetal, como por ejemplo las construcciones delirantes (Laplanche & Pontalis, 2015).

Por último, la *perversión* se considera dentro de esta corriente teórica como una estructura en la cual existe una desviación respecto del acto sexual normal, comprendiendo bajo esta noción, el conjunto de comportamientos psicosexuales que acompañan ciertas atipias en la obtención del placer sexual (Laplanche & Pontalis, 2015).

### **3.1.1 La terapia psicoanalítica y sus características**

Retomando la segunda acepción del término psicoanálisis, la psicoterapia psicoanalítica, como toda psicoterapia, se trata en sentido amplio de un método de tratamiento de los desórdenes psíquicos o corporales que utiliza medios psicológicos, más precisamente la relación del terapeuta con el enfermo (Laplanche & Pontalis, 2015).

Klein (2015) subraya que, en la práctica analítica, resulta fundamental la exploración del pasado, de la infancia, de las relaciones tempranas y del inconsciente del paciente para poder comprender algo de su personalidad adulta.

En esta dirección, es Freud quien, ya en 1937, delinea la modalidad de trabajo del analista y la compara y asemeja a la del arqueólogo, sosteniendo que ambos, analista y arqueólogo, realizan una labor de construcción, o más precisamente de reconstrucción, a partir de los restos de antiguos objetos y estructuras. Sin embargo, menciona Freud que los elementos que debe desenterrar el analista son algo vivo y no objetos destruidos. Es trabajo del analista valerse de sus hallazgos para sacar conclusiones y reconstruir la historia del paciente que ha sido olvidada (Freud, 1937).

Como menciona Palacios (1997), si hay algo que puede identificarse como singular en la psicoterapia psicoanalítica y que, a la vez, la hace diferente al resto, es el proceso, y en éste sentido se ven incluidas cuestiones como el encuadre formal y la técnica ya delineada por Freud en sus inicios. Este proceso se halla contextualizado en una dimensión que excede a la palabra, más allá que la utilice como recurso

fundamental por influir de manera primaria e inmediata sobre la vida anímica. Excede la palabra, por estar esta misma inscrita en un contexto donde se articulan las características específicas históricas y psicológicas de los dos polos de la relación psicoanalítica, paciente y analista. Esta relación está fuertemente teñida por las experiencias del analista como paciente y supervisado y los resultados se evidencian en la existencia de cambios en el paciente, cambios que muchas veces son casi inadvertidos.

### **3.2 El fenómeno psicosomático y sus características clínicas**

El estudio de los trastornos psicosomáticos implica problemas de gran interés teórico- clínicos (García, 2000). Como se ha mencionado anteriormente, el corpus teórico del psicoanálisis se vio favorecido por un amplio crecimiento en el que distintos autores abordan temáticas no previstas inicialmente ni por Freud ni por sus primeros discípulos. Sin embargo, la teoría psicoanalítica original permitió, en palabras de Aisemberg (2008), la posibilidad de expandir las fronteras de esta disciplina al funcionar como una herencia viva y creativa. Éste es el caso los fenómenos psicosomáticos.

Según Pelorosso (2008), no existe prácticamente ninguna persona que en algún momento de su vida, no haya experimentado algún síntoma psicosomático, como por ejemplo, personas que desencadenan o agravan enfermedades somáticas frente a una situación crítica o un duelo. Por la facilidad con la que se manifiestan o la frecuencia de estos fenómenos, existen diversos autores que se preguntan acerca de si hay una personalidad psicosomática.

Otero y Rodado (2004) resultan muy claros al explicar que existen dentro del psicoanálisis dos líneas de interpretación de la somatización, ambas prolongaciones de la teoría freudiana en relación a la conversión histérica y a la neurosis de angustia. La primera corriente intenta transpolar a lo psicosomático el modelo de la conversión histérica descrito por Freud. En esta línea se comprenden a los fenómenos psicosomáticos como parte de un universo simbólico, como mensajes corporales que pueden ser interpretados como cualquier otro sistema de comunicación. Hay una relación síntoma-representación. Un ejemplo claro es el que cita Mc Dougall (1993) haciendo alusión a Garma, quien en sus trabajos sostiene que la úlcera péptica representa una “mordedura” vengativa que el paciente se auto inflige como castigo por

sus deseos infantiles de morder el pecho materno. Su síntoma sería producto de la culpa inconsciente frente a la cual el sujeto se ve movido a proporcionarse una mordida introyectada en su estómago y en su psique al mismo tiempo (Garma, citado en Mc Dougall, 1993)

La segunda línea de interpretación, abordada por la Escuela de Chicago y, posteriormente, por la Escuela de París, distingue los fenómenos conversivos (histéricos) de los psicósomáticos por su naturaleza. En este sentido, los fenómenos psicósomáticos surgirían como el resultado de una carencia real en la elaboración psíquica o simbólica (Otero & Rodado, 2004).

Para comprender esta teoría, resulta esclarecedor lo que menciona Aisemberg (2008) en relación a los dos funcionamientos psíquicos, el neurótico y el no-neurótico. El funcionamiento neurótico, se construye a partir de las huellas mnémicas asociadas a las experiencias de satisfacción, mientras que el no-neurótico tiene su origen en aquellas huellas sensoriales producto de una experiencia de dolor y que no fueron transformadas en tejido psíquico, no teniendo la posibilidad de ligarse a una representación. Siguiendo esta lógica, el fenómeno psicósomático se entiende como la puesta en escena de la investidura de estas últimas huellas sensoriales que no han sido tramitadas y, por lo tanto, no fueron traducidas en un representante psíquico, quedando entre el soma y la psique. Se trata de la repetición de las huellas perceptuales primitivas y traumáticas que se pueden expresar de tres modos: en el cuerpo dando lugar a la somatosis, en el acto dando lugar a las actuaciones y accidentes y en la mente favoreciendo la aparición de brotes alucinatorios en una persona no psicótica (Aisemberg, 2008).

La escuela de París, representada principalmente por Marty, Fain, M'Uzan y David subraya la no especificidad de las situaciones conflictivas que dan origen y desencadenan las afecciones psicósomáticas. Plantean, además, que más allá de las distintas organizaciones de la personalidad (neurosis, psicosis, perversión), se puede diferenciar un conjunto de rasgos comunes a los pacientes con afecciones psicósomáticas que conformarían una verdadera estructura de personalidad psicósomática (Otero & Rodado, 2004).

Estos autores sostienen que existe una organización y jerarquización progresiva de las funciones biológicas y mentales y que las enfermedades somáticas dan cuenta de una desorganización, concibiendo el síntoma como negativo en tanto ausencia del síntoma en sentido clásico, es decir, en el plano mental. Se trata de una hipótesis basada en la construcción incompleta del aparato psíquico, dando como resultado una cantidad de

características propias de estos pacientes (Otero & Rodado, 2004).

Por un lado, son pacientes que aparentan normalidad psíquica. Son sujetos hiperadaptados, que no se alejan de la norma más que en los síntomas somáticos. Se caracteriza además por presentar un tipo de pensamiento denominado *pensamiento operatorio*, éste es un pensamiento consciente, sin ligazón con movimientos fantasmáticos y desprovisto de valor afectivo, aferrado a la materialidad de los acontecimientos. Este tipo de pensamiento remite a la carencia de representaciones y a la pobreza afectiva (Marty, 1995).

Las relaciones objetales de estos sujetos suelen ser carentes de afecto, sus relaciones interpersonales se ven afectadas por la incapacidad de conectar con los propios sentimientos y expresarlos. Los intercambios con los demás están deslibidinizados y vacíos. Por otro lado, estos pacientes presentan una incapacidad para soñar, es común que no surja en ellos la posibilidad de desplegar material onírico o bien, que de haberlos, sean sueños de tipo operatorio. Esta carencia se extiende a todo síntoma neurótico en general y es frecuente que aparezcan quejas de dolor físico en momentos en que se esperaría que surjan manifestaciones neuróticas. Por último, se evidencia en estos pacientes una tendencia a la gesticulación corporal y a las manifestaciones sensomotrices inespecíficas (Otero & Rodado, 2004).

Dentro de este enfoque, Marty (1995) sostiene la hipótesis de que existe un déficit en el aparato psíquico de los enfermos somáticos, en tanto que poseen una construcción incompleta o un funcionamiento atípico, en contrapunto con los neuróticos. En su descripción, el autor distingue cinco tipos de neurosis en relación a la calidad de las representaciones que cada una tiene. Estas son: las *neurosis clásicas*, las *neurosis bien mentalizadas*, las *neurosis de comportamiento*, las *neurosis mal mentalizadas* y, por último, las *neurosis de mentalización incierta*.

Las neurosis clásicas funcionan como punto de comparación o parámetro para distinguir el resto y hacen referencia a las descripciones freudianas, en las que se evidencia una profundidad y complejidad psíquica caracterizada por la presencia de representaciones ligadas entre sí, cargadas y enriquecidas con múltiples afectos y valores simbólicos. Muy similares a éstas son las neurosis bien mentalizadas que se distinguen de las anteriores por no poseer sistemas organizados y persistentes de defensas mentales (Marty, 1995).

En otro polo, se encuentran las neurosis de comportamiento que se caracterizan por la ausencia o precariedad y la superficialidad de las representaciones, tanto como

por la reducción de los afectos ligados a éstas sumado a una cierta pobreza simbólica evidente en el discurso. En un grado menor de pobreza general de las representaciones, el autor ubica a las neurosis mal mentalizadas y, por último, como un intermedio entre las cuatro, Marty (1995), describe un tipo de neurosis que nombra como las de mentalización incierta, que tienen como característica principal que las posibilidades representativas y asociativas de estos sujetos varían considerablemente en el tiempo, esto implica que por momentos parecen ricos en pensamientos y, en otros, su pobreza y superficialidad psíquica es llamativa.

Retomando el foco en la patología psicósomática, el autor sostiene que, cuanto mayor es la pobreza representacional del preconscious, mayor es el riesgo de que la patología eventual se sitúe en el plano somático y no mental (Marty, 1995).

Por otro lado, el autor sostiene que, además de la pobreza representacional propia de la patología psicósomática, se debe comprender a la somatización como un proceso que, como tal, tiene un principio. En este sentido, las enfermedades psicósomáticas serían el resultado de las inadecuaciones del individuo a las condiciones de vida que le tocan vivir. Se da, entonces, cuando las perspectivas de adaptación del sujeto a sus condiciones de vida movilizan el aparato somático por sobre el mental o el de los comportamientos, que se vieron previamente desbordados a causa de las características de pobreza representacional propia de estos sujetos. Este rebasamiento de las posibilidades de adaptación del sujeto es definido por Marty (1995) como *traumatismo*. Estas situaciones traumáticas pueden tener diversos orígenes, acontecimientos externos, disposiciones interiores fisiológicas o patológicas, entre otras, pero, en todo caso, son siempre factores que amenazan con desorganizar los aparatos funcionales. Los traumatismos afectan, en primer lugar, al plano mental que busca tramitar la variación de excitación que la situación provoca. Cuando esta operación falla, los movimientos desorganizantes que, por definición tienden a difundirse, avanzan hasta encontrar un sistema susceptible de frenarlos, siendo, en última instancia, el aparato somático.

Marty (1995) denominó *depresión esencial* a las etapas previas a la enfermedad, que por lo general tienen un carácter depresivo, pero sin el auto reproche ni inculpamiento, pero con desvalorización personal y disminución del tono libidinal.

En consonancia con lo que plantea la escuela de París, Palacios (1997), si bien no hace mención explícita al fenómeno psicósomático, el autor expone que existen dos tipos de pacientes. Por un lado, estarían aquellos que poseen constancia objetal y su

patología psíquica está ligada a la existencia de un conflicto de orden intrapsíquico y, por el otro lado, se encontrarían aquellos pacientes cuya patología surge como consecuencia de un déficit ocurrido tempranamente en el desarrollo y que, como característica común, no cuentan con constancia objetal.

Siguiendo las categorizaciones freudianas, el autor sostiene que en el marco de la práctica analítica en los neuróticos que conformarían el primer grupo descripto, se evidencia un fenómeno ya inscrito mientras que, en los del segundo grupo denominados por él como pre-estructurales, deben crearse estructuras del Yo que no estuvieron previamente organizadas. El proceso psicoanalítico cuenta con el potencial para poner nuevamente en marcha el desarrollo de estructuras del Yo que fueron integradas de manera deficiente, que carecen de autonomía de función y, por tal motivo, son propensas a regresar (Palacios, 1997).

Otra autora que aborda con profundidad la temática psicossomática es Joyce McDougall (1993, 1996). La psicoanalista propone un recorrido por los primeros meses de vida del ser humano, para poder comprender el origen y fundamento de la problemática psicossomática. Partiendo de un concepto que ella señala como *un cuerpo para dos*, sostiene que existe en el ser humano una fantasía primordial en relación al deseo de volver a la unión absoluta y vital con la madre y que este deseo rige el funcionamiento somatopsíquico del recién nacido. En estas condición de desvalimiento en la que se haya el recién nacido, busca frente a cada situación que amenaza con romper la ilusión de indistinción con la madre, retornar a la fusión con ella, frente a lo cual la madre reacciona procurando proveerle alivio, alimento y sueño, a su hijo a través del contacto físico.

La psicoanalista señala que desde el momento en que nace el ser humano se ve obligado a crear una gran cantidad de estructuras psíquicas que tienen como objetivo hacer frente al dolor físico y psíquico que la vida misma implica. Estas estructuras están posibilitadas gracias a la capacidad para la simbolización, sin embargo, existe en la historia personal de cada individuo una etapa previa a la simbolización, una fase temprana del desarrollo pre verbal y pre genital en la que psique y soma coinciden y durante la cual el desafío más grande que debe enfrentar el bebé humano es atravesar los primeros traumas inherentes al proceso de separación de la imagen de sí mismo respecto de la del Otro primordial (Mc Dougall, 1993).

En esta fase temprana existe una fusión cardinal entre la madre y el hijo, y el material que se incorpora a esta fusión está compuesto por elementos provenientes

principalmente de los sentidos, olores, sonidos y sensaciones táctiles y visuales, todos factores desespacializadores. En esta fase, se pone en marcha uno de los mecanismos psíquicos más tempranos, la *identificación proyectiva*. Este mecanismo domina la vida psíquica hasta el momento en que el lenguaje espacializa y limita la estructura de la psique, demarcando así un mundo interno y uno externo, a la vez que el bebé comienza a habitar su soma, se corporiza (Mc Dougall, 1993).

La autora subraya que es propio también de esta fase del desarrollo que el ser humano se enfrente a la primera gran pérdida, la que podría considerarse como la castración primordial en la vida del individuo, ésta es la pérdida del *pecho-madre mágico*, acompañada por la demanda de crear objetos psíquicos que la compensen. Este podría caracterizarse como un momento mítico en el que el sujeto renuncia a la identidad fusional con la madre. Resulta aquí de fundamental importancia el rol de la madre, quien debe estar preparada para asumir esta pérdida también y quien, a través de sus temores y deseos inconscientes, favorecerá o no el logro del bebé en la generación de estructuras simbólicas. Esta separación primordial da lugar a lo que se denomina *angustias de aniquilación o de desintegración* y puede ser concebida como el prototipo de la angustia de castración (Mc Dougall, 1993).

En esta fase, la angustia y la frustración no han sido simbólicamente unidas a los órganos sexuales, evento que ocurrirá más adelante en el desarrollo. Primero, el bebé debe abordar la tarea de convertirse en un individuo, de discriminarse del ambiente que no forma parte de él y crear así un sentimiento de identidad personal. Este proceso es de naturaleza más global y más psicósomática que los procesos posteriores vinculados a la sexualidad, por ese motivo, los resultados que puede provocar este proceso potencialmente son más catastróficos que aquellos que podrían sobrevenir en la adquisición de la identidad sexual. Además, Mc Dougall (1993) sostiene que esta falla, de acontecer, puede pasar inadvertida mientras sus efectos continúan su obra silenciosa y simultáneamente el cuerpo y la mente han perdido de algún modo los nexos que los conectan.

La estructuración de la psique es un proceso creativo que tiene por finalidad darle a cada individuo su identidad singular a la vez que proporcionar un bastión para enfrentar los inevitables embates de la vida, impidiendo que se produzca una pérdida psíquica y manteniendo así el equilibrio psíquico pese a las circunstancias. En este intento de preservar el equilibrio, señala Mc Dougall (1993), el ser humano es capaz de generar una neurosis, una psicosis, una estructura de carácter patológica, una perversión

sexual, una obra de arte, un sueño o una enfermedad psicosomática.

En síntesis, la autora abordada plantea que la primera realidad para todo niño es el inconsciente de la madre y que, en los pacientes con sintomatología psicosomática, las huellas de esa primera relación no están depositadas en el preconscious como elementos que forman parte de una cadena simbólica verbal. Justamente, jamás han ocupado un lugar en la cadena simbólica por ser huellas originadas en la etapa pre verbal, lo que McDougall denomina como fenómenos traumáticos del *infans* (cuyo significado es “no habla”). Así es como estos elementos pre verbales no pueden hallar una expresión en la fantasía reprimida y, por consiguiente, se hallan imposibilitados de retornar y de obtener una realización parcial en un síntoma neurótico. Como se mencionó previamente, en esta temprana edad el sufrimiento psíquico no se distingue del sufrimiento físico, soma y psique no se diferencian y esto es un hecho evidente en las manifestaciones psicosomáticas. Frente al dolor psíquico, el lactante encuentra su equilibrio narcisista, si la relación materna lo permite, mediante defensas arcaicas del orden de la introyección-proyección, de rechazo, de alucinaciones y de la escisión. La autora subraya que el niño no puede sino reaccionar a las vivencias afectivas de la madre, mientras que es rol de la misma captar las emociones de su hijo y responder a éstas, cuestión que acontece si la madre tiene el deseo de dar un sentido a los gritos y gestos del bebé. Fuera de lo que representa para su madre, el niño no tiene existencia psíquica. Como se ve en la precedente descripción, el vínculo madre-hijo en esta fase tan precoz de la vida puede tener un efecto realmente traumatizante para el niño cuando no resulta en la correcta y necesaria estructuración psíquica. Estos pacientes han establecido un corte radical entre el soma y la psiquis como intento de salvar la supervivencia psíquica y resguardarse frente a un dolor afectivo insoportable. (Mc Dougall, 1993, 1996).

Una vez más se hace referencia al fenómeno psicosomático como algo que le es propio una estructura que no posee características neuróticas, que evidencia pobreza representacional y que, por su propia naturaleza, conformaría una estructura distinta. En estos pacientes se encuentra, en primer plano, el mecanismo de disociación del afecto, especialmente de la agresión, manifestándose sólo el polo somático. Por lo mencionado, la manifestación somática no puede ser interpretada como un síntoma neurótico, se debe apelar a buscar su sentido a través de la repetición en transferencia de los vínculos narcisistas que surgieron como defensa frente a traumas tempranos (Szapiro, 2011).

### **3.2.1 Características de los pacientes psicósomáticos cardíacos**

En el apartado anterior se han desarrollado algunas de las teorías más importantes acerca del fenómeno psicósomático, abordado a la luz de la teoría psicoanalítica. Para el presente trabajo resulta pertinente caracterizar a los pacientes cuyas dolencias psicósomáticas están vinculadas al sistema cardiovascular.

Pelorusso (2008), resume que según Liberman y colaboradores (1982), se pueden distinguir, a grandes rasgos, tres categorías de enfermos psicósomáticos, entre los cuales la primera descripción le corresponde con los pacientes cardíacos. Se trata de pacientes hipomaníacos, con una gran exigencia vinculada al éxito y la responsabilidad. En segundo lugar mencionan a pacientes que padecen de patologías digestivas como la colitis ulcerosa o colon irritable, o enfermedades respiratorias como el asma y los caracterizan como personas depresivas, con un cierto grado de compulsividad, meticulosos, ordenados, controlados y autoexigidos. Y en último lugar delinean las características de los enfermos psicósomáticos que presentan patologías vinculadas a la piel, patologías autoinmunes, etc. Sostienen que estos últimos tienen un interior “congelado” y escasas posibilidades de gratificación.

Como se ha mencionado, el fenómeno psicósomático puede manifestarse afectando a diferentes órganos y funciones del cuerpo. Los trastornos cardiovasculares no responden a un único factor causal, sino que tiene un origen claramente multifactorial. Esto implica la necesidad de reconocer la influencia de un amplio espectro de potenciales contribuidores. Entre los factores de riesgo de índole físico que han recibido el mayor consenso se incluyen las altas concentraciones de colesterol en sangre, el aumento de la presión arterial, el hábito tabáquico, la obesidad, la diabetes, la falta de ejercicio y la historia familiar. A estos factores clásicos de riesgo se añaden variables psicofisiológicas, psicosociales y medioambientales. Hoy día, en la comunidad médica, se reconoce que estas últimas interactúan junto con las anteriores en la patogenia y la epidemiología de los trastornos cardiovasculares (Martínez Santamaría, Lameiras Fernández, González Lorenzo, & Rodríguez Castro, 2006).

En términos clínicos o fenomenológicos, se observan ciertas características comunes en los pacientes psicósomáticos cardíacos (Alaluf, Volfzon, Bembí, Fiorillo, Repetto, & Monis, 2007).

Generalmente previo al episodio cardíaco llevan un ritmo acelerado con

hiperactividad, muchas veces cumpliendo ciclos vitales de forma prematura. Luego del episodio adoptan una actitud de “supervivencia” con escaso registro del deseo que, por lo general, los lleva a una disminución de la actividad y en algunos casos más extremos a la inactividad. En relación a los vínculos interpersonales de estos pacientes, estos están marcados por la agresión, omnipotencia de pensamiento, certezas y mecanismos de defensa como aislamiento, negación y proyección (Alaluf, et al., 2007).

En términos generales se trata de pacientes sobreexigidos y sobreadaptados. Con gran frecuencia son el sostén económico de la familia. Siendo culturalmente el corazón un órgano que posibilita, y a la vez pone límite a la vida, los pacientes viven en un riesgo constante por haber tocado ese límite. En sus vidas se presentifica el terror dejándolos paralizados sin poder implementar adecuados mecanismos de defensa (Alaluf, et al., 2007).

### **3.2.2 La transferencia**

En los apartados anteriores se desarrollaron algunas nociones básicas del psicoanálisis, como teoría y como psicoterapia. El presente apartado pretende bosquejar el concepto de transferencia y su impacto en la clínica psicoanalítica.

Existe un consenso general acerca de la importancia que tiene la relación entre el paciente y terapeuta en el éxito del tratamiento (Etchevers, Garay, Gonzáles & Simkin, 2012). El concepto de transferencia resulta fundamental y básico en el marco del abordaje clínico psicoanalítico y de la relación terapéutica, sin embargo, Freud no proporciona en toda su obra una definición específica de este concepto, en cambio, lo describe y lo desarrolla progresivamente a lo largo de su investigación clínica (Villarreal Boon, 1997).

Ya en 1912, Freud elabora el concepto “*Clisé*” como la forma específica en la que cada persona tiende a ejercer sus vínculos amorosos. Este estilo específico, producto de la combinación de características innatas y de los influjos que recibe en la infancia, luego se repite de manera regular a lo largo de la vida (Freud, 1912). Estos patrones de vinculación se reiteran, incluso, en la relación analítica. Se trata de la repetición de los prototipos infantiles vividos con un fuerte sentimiento de actualidad (Laplanche & Pontalis, 2015).

Es la transferencia el proceso a través del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre distintos objetos dentro de una determinada relación establecida con

ellos, incluyendo dentro de estas relaciones, en particular, la establecida en el marco analítico (Laplanche & Pontalis, 2015). Klein (2015), menciona que uno de los sentimientos que pueden revivirse en la situación transferencial es, por ejemplo, la envidia primitiva. Este sentimiento que se remonta a la relación más temprana y exclusiva con la madre, está presente ya en el lactante y se trata de la envidia hacia el pecho materno nutricio, por poseer de manera ilimitada todo lo que el niño desea. Es un sentimiento negativo hacia la madre, asociado al deseo de poseer algo que ella tiene, y es el impulso envidioso el que lo lleva a desear quitárselo o dañarlo. En la transferencia, sostiene Klein (2015), el paciente puede expresar su disconformidad o crítica luego de una interpretación del analista que, en principio, le produjo alivio al paciente. Este cambio de la aceptación de una interpretación útil a la crítica destructiva, o la desvalorización del trabajo del analista y de la ayuda recibida, se trata de la revivencia del sentimiento de envidia primitiva en el marco de la relación analítica.

Freud destaca, desde un comienzo, la necesidad de distinguir la transferencia positiva de la negativa, esto es, por un lado, la transferencia de sentimientos tiernos y, por otro, la de sentimientos hostiles hacia la persona del analista. La transferencia positiva puede, a su vez, dividirse en dos tipos de sentimientos, los amistosos y las mociones eróticas reprimidas. Ésta última junto con la transferencia de negativa, deben ser comprendidos y abordados como resistencias a la cura (Freud, 1912). Toda transferencia siempre involucra la reedición de un amor infantil, edípico, ya que proviene de una fuente de carácter sexual e infantil. En este sentido, el analista es amado por lo que representa, habilitando así la neurosis de transferencia. En su aspecto positivo, ese amor se manifiesta de manera moderada constituyendo una herramienta clave para la cura (Etchevers et al., 2012).

La noción de transferencia evolucionó en la teoría psicoanalítica, desde ser entendida como un obstáculo para la cura analítica y resistencia del analizado a ser considerada como un instrumento necesario para el advenimiento de la cura. La misma suerte sufrió el concepto de contratransferencia, que al igual que la transferencia es motivo de diferencias teóricas dentro del psicoanálisis (Villarreal Boon, 1997).

El vínculo transferencial, como todo vínculo que incluye a dos personas, tiene su contracara en el analista. De acuerdo a Laplanche y Pontalis (2015), la contratransferencia se entiende como las reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y, en particular, frente a la transferencia de éste.

Si bien Freud nunca considero éste fenómeno como fuente de conocimiento para

el análisis o como un elemento posible de ser utilizado en beneficio de proceso terapéutico, autores posteriores desarrollaron esa perspectiva (Etchevers, et al., 2012).

### **3.2.2.1 La transferencia en pacientes psicossomáticos**

Retomando el concepto de transferencia como parte esencial del proceso analítico, es preciso hacer foco brevemente en las características propias de la relación que se establece entre el paciente psicossomático y el analista.

Bleichmar y Leiberman (2010), afirman que el motor de todo análisis es la transferencia que, paradójicamente al mismo tiempo, sale al paso del analista como la principal resistencia. Resistencia, regresión y transferencia tienen un mismo origen y operan de manera inconsciente, se pone en escena lo no recordado pero ya vivenciado. Cuando un paciente entra en regresión, no recuerda el pasado, lo vive, *está* en su pasado. Por otro lado, el estado regresivo, además, favorece las actuaciones. Al producirse la actuación, la verbalización del fenómeno tranquiliza al paciente y permite recordar el fracaso ambiental original que dio lugar a la enfermedad. A través de la palabra se va haciendo presente lo ausente, se puede comenzar a representar lo irrepresentable hasta el momento. Toda somatización es potencialmente simbolizante, siempre y cuando sea analizada en la transferencia. ( Citado en LLanes, 2014)

Mc Dougall (1993) explica que existen algunas peculiaridades en relación a la transferencia y contratransferencia en los pacientes psicossomáticos. La carga del evento traumático acontecido en la etapa pre-verbal puede recaer en el analista, a modo de transferencia, viéndose éste en la posición de madre obligado a decodificar o significar los mensajes desarticulados infantiles del paciente. Según la autora, en éste tipo de analizandos la palabra es utilizada de una manera no asimilable a la que le es propia en el discurso asociativo, al mismo tiempo que este tipo de discurso donde el lenguaje un acto en sí mismo, provoca cierto estado afectivo en el analista sin que ese discurso sea un material apto para movilizar ese afecto. Es a través de su palabra y no gracias a ella como medio, que se revelan los efectos de aquella experiencia catastrófica precoz (McDougall, 1993).

Por otro lado, la psicoanalista sostiene que en este tipo de pacientes somatizadores, se evidencia una fuerte resistencia a buscar los factores psíquicos que alimentan su vulnerabilidad psíquica, sosteniendo de alguna forma la lucha por mantener intactas su creaciones somáticas, respondiendo a la compulsión a la repetición que caracteriza tanto

a la mente como al cuerpo (McDougall, 1996)

En cuanto al modo de comportarse de estos pacientes en el espacio analítico, la autora los caracteriza como los *anti-analizando*, y los describe como sujetos que llegan al análisis con buenas intenciones y voluntad de participar en el espacio, que no tardan en ponerse cómodos en la situación analítica, que ella distingue claramente del proceso analítico, siendo este último la instancia en la que el análisis efectivamente ocurre. Además estos pacientes aceptan sin problemas el protocolo analítico en sus aspectos formales, es decir llega en horario, no falta a las sesiones, cumple con los honorarios pactados y completa el tiempo de sesión con un discurso claro y continuo. Sin embargo, resalta la autora, que luego del transcurso del tiempo en análisis el terapeuta percibe que a pesar de cumplir los aspectos formales y superficiales o fenomenológicos del análisis, el paciente no logra expresar ninguna emoción transferencial. No faltan los recuerdos infantiles, pero son relatados sin ninguna conexión con el presente ni emoción que los afecte. Por otro lado este anti-analizando suele hablar constantemente de acontecimientos diarios, cotidianos, adornando el relato en un sinnúmero de detalles. Dadas estas características y a pesar de la asiduidad, como se ha dicho previamente, el proceso analítico parece no desencadenarse nunca. Aquí cabe resaltar la semejanza que existe entre lo que sostiene Mc Dougall (1993) y el pensamiento operatorio que describe Marty (1995).

### **3.2.3 Comorbilidad con fenómenos psicosomáticos: Ataque de pánico**

Como toda patología, los fenómenos psicosomáticos pueden presentarse asociados a otros trastornos psicopatológicos, como por ejemplo trastornos de ansiedad. Para el presente trabajo resulta conveniente conceptualizar brevemente la problemática de los *ataques de pánico*.

También denominadas "*crisis de angustia*", estos episodios se caracterizan por la aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos que se presentan acompañados de algunos otros síntomas psicológicos y/o físicos que inician bruscamente y llegan a su máxima intensidad en los primeros diez minutos. Los síntomas pueden ser palpitaciones, elevación de la frecuencia cardíaca, sudoración, temblores, sensación de ahogo o falta de aliento, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad, mareos o desmayos, desrealización o despersonalización, miedo a perder el control o a volverse loco, miedo

a morir, parestesias y escalofríos o sofocaciones. Estas crisis de angustia intensa pueden aparecer de manera inesperada, no siendo respuesta a ningún estímulo en particular, o bien pueden surgir como respuesta ante el estímulo temido en pacientes con distintos tipos de fobia. Se distingue también un tipo de ataque de pánico que no podría situarse en ninguno de los dos mencionados, ya que no siendo esperables, surgen como respuesta desproporcionada y desadaptativa a estímulos medioambientales (Kaplan & Sadock, 2000).

Este trastorno, según Bleichmar (1999), se puede examinar abordando los distintos niveles de articulación entre el inconsciente, la consciencia, lo representacional y lo neurobiológico. Por lo tanto, en su opinión, se deben tener en cuenta tres cuestiones: por un lado el tipo de representaciones que en cada sujeto funcionan a modo de indicios o señales que desencadenan la angustia. En segundo lugar, se debe atender al nivel neurobiológico (cerebral/hormonal) y corporal que se activa durante las crisis de angustia. En tercer lugar, es pertinente atender a la reacción del sujeto particular a la angustia, esto es, cómo se representa la angustia cuando la siente, cuán peligrosa siente que es para él, etc. Por último, además de lo mencionado se debe tener en cuenta el circuito de realimentación entre los tres elementos. No son condición suficiente el conflicto y las situaciones traumáticas para originar un ataque de pánico, se les debe agregar la especificidad de la reacción neurovegetativa y la codificación que se haga acerca del peligro que la misma angustia implica.

Bleichmar (1999) sostiene que luego de la primera crisis de angustia, si hubiera más de una, las siguientes ya no dependen únicamente de la causa original que desencadenó la primera, sino de la evocación de la situación traumática bajo la cual quedó registrado el primer episodio.

Las manifestaciones corporales o los conflictos o representaciones inconscientes que estuvieron presentes durante el primer episodio, cuando vuelven a estar activas, le anticipan al sujeto que la crisis de pánico podría repetirse. Esta *angustia señal* surge como un indicador conectado a la situación que originalmente causó la crisis de pánico. Es por eso que cuando el sujeto percibe inconscientemente por ejemplo, un inminente conflicto interpersonal, su propia rabia o su hostilidad hacia el otro, su incapacidad para enfrentar una tarea o asumir una responsabilidad etc., además de desencadenarse la angustia, ésta actúa como señal de que el ataque podría sobrevenir nuevamente (Bleichmar, 1999).

Siguiendo su orientación psicoanalítica, el autor destaca la necesidad de hablar

de una organización modular del psiquismo, constituida por subestructuras. En este sentido no se puede hablar de una representación única del *self*, sino más bien de diversas representaciones que responden a diferentes módulos. Además de las representaciones básicas del self por ejemplo, en el terreno del narcisismo, que serían aquellas que sostienen “cuanto valgo”, “cuanto superior/inferior soy al otro”, etc., existe dentro del módulo de la autoconservación (“estoy seguro/estoy en peligro”) la representación del “*self en peligro*”, vinculada con la capacidad que el sujeto se atribuye para controlar sus niveles de angustia, para no desorganizarse o volverse loco. En el caso de los ataques de pánico se trata de la perturbación de un sector muy específico de las representaciones de autoconservación, en las que el sujeto sostiene su incapacidad para hacer frente exitosamente a su propia angustia o que no posee control sobre su mente y cuerpo (Bleichmar 1999).

### 3.3 Núcleos psicóticos

Dentro del psicoanálisis se utiliza con frecuencia el concepto psicosis como adjetivo o sustantivo, para designar cuestiones que entre sí presentan diferencias significativas y, por lo tanto, conviene aclarar el sentido en el que se usa en cada caso (Bleger, 2013).

En un apartado anterior se abordó la noción de psicosis como estructura o tipo de personalidad desde los aportes de Freud. En la presente sección se pretende describir lo que Bleger (1997, 2013) concibe como *parte psicótica de la personalidad*.

Para comprender este concepto, conviene previamente desarrollar la noción de *sincretismo*. Bleger, destacado psicoanalista argentino, desarrolló su obra durante la década del sesenta y principios de los setenta, y elaboró una sólida construcción teórica psicoanalítica cimentada en lo que él denominó “teoría del sincretismo” (Aragonés, 2005). Esta teoría expone que el punto de partida del desarrollo individual es una organización sincrética, entendida ésta como una estructura o estado de indiferenciación o indiscriminación (Bleger, 2013). El individuo no nace aislado del medio sino indiferenciado (Aragonés, 2005). En el niño recién nacido no hay discriminación entre sujeto y objeto, yo y no-yo. Ésta es una diferenciación que debe acontecer en el transcurso del desarrollo, sin embargo, plantea el autor, esta operación de diferenciación no alcanza a la parte psicótica de la personalidad, es decir, esta parte es de naturaleza sincrética (Bleger, 2013).

En su desarrollo teórico, Klein (2015), aporta dos nociones fundamentales que Bleger (1997) retomó posteriormente y que son claves para comprender los conceptos abordados en el presente punto. Según la autora existen dos posiciones básicas que corresponden a dos modalidades distintas de organización o estructuración de la conducta y relación con el medio, éstas son: la *posición esquizoparanoide (P.EP)* y la *posición depresiva (P.D)*. La primera remite a los tres o cuatro primeros meses, en los que la vida emocional del recién nacido está fuertemente marcada por la ausencia de discriminación entre yo y no-yo. Cualquier cosa que amenaza con destruir esta ilusión de indistinción entre el propio cuerpo y el materno, lo lleva al bebé a buscar el medio intrauterino mientras que a la madre la mueve a responder a las demandas del niño (Mc Dougall, 1996). Bajo esta posición predomina la relación de objeto parcial, es decir que las primeras experiencias de gratificación y de frustración, mayormente vinculadas a la alimentación y a los cuidados maternos, son percibidas por separado y mantenidas de esta manera como pertenecientes a dos objetos distintos, uno bueno proveedor de gratificación y uno malo facilitador de frustraciones (Klein, 2015). En esta etapa las ansiedades son extremas, poderosas y masivas por la gran debilidad y la falta de cohesión de yo (Bleger, 1997).

En la siguiente etapa surge la P.D, que tiene su apogeo alrededor de los seis meses de vida. Se caracteriza por un mayor reconocimiento de la realidad interna y externa así como la ampliación de las relaciones objetales, pero principalmente, y a diferencia de la P.EP, la relación objetal se da con un mismo objeto que posee partes buenas y partes malas. Esto posibilita la operación de los procesos de integración del yo y de síntesis de los objetos (Klein, 2015).

Resulta de superlativa importancia la diferencia que marca Bleger (1997), en relación a esta teoría propuesto por Klein (2015). El psicoanalista, sostiene que la P.EP no es la primera en el desarrollo del aparato psíquico, sino que previamente se evidencia una etapa aún más precoz, que él denomina: *posición Glischro-cárica* (Glischros: viscoso; Karion: núcleo). En esta etapa se diferencian paulatinamente los núcleos del yo y los objetos parciales; es decir, la P.EP planteada por Klein (2015) se forma a expensas de la posición glischro-cárica (Bleger, 1997).

Retomando el concepto de núcleo psicótico o *núcleo aglutinado*, que Bleger (2013) utiliza como sinónimos, se puede afirmar que éste se conforma como un remanente de la posición glischro-cárica y que ésta última coincide con el estadio sincrético que se desarrolló al principio del apartado. Ese estado sincrético en

condiciones normales da lugar a la aparición de la P.EP, posición que según Bleger (2013), a diferencia de Klein (2015), implica un grado mayor de discriminación.

Cuando el pasaje de la organización sincrética a la P.EP no se logra con éxito, el sincretismo con algunos fenómenos pertenecientes a la P.EP forman un conglomerado al que Bleger (2013), denominó “núcleo aglutinado” o “núcleo psicótico”. Este núcleo constituye una parte que queda fuertemente clivado del yo más integrado. Mente-cuerpo-mundo permanecen indiferenciados en esta parte de la personalidad o bien pueden derivar en otras formas patológicas reconocibles (Aragonés, 2005).

Puede acontecer que en el desarrollo, por algún motivo predomine el sincretismo, y en esos casos es relativamente poco lo que en el yo asume la P.EP y posteriormente la P.D. Bajo esta circunstancia la mayor parte de la organización de la personalidad se mantiene sincrética, indiferenciada y escindida. Bleger menciona bajo esta descripción, variantes como: personalidad ambigua, fáctica, psicopática, borderline, o personalidad “as if”. Son casos en los que no se puede hablar de una personalidad psicótica pero sí de un “yo psicótico”, desde el punto de vista estructural (Bleger, 2013).

El concepto de *simbiosis* también resulta de gran implicancia en la teoría sincrética. Toda teoría psicoanalítica reconoce la existencia de una simbiosis primaria, existente entre figura materna y el bebé durante los primeros meses de vida, necesaria para la supervivencia del lactante y para su estructuración psíquica (Bleger, 1997).

El autor menciona la existencia del fenómeno simbiótico también en adultos, cuestión que él detecta en su experiencia clínica. Define la simbiosis como una estrecha interdependencia en la que dos o más personas se complementan para mantener controladas y de alguna manera satisfechas las necesidades de las partes más inmaduras de la personalidad que se hallan dissociadas de la realidad y de las partes más maduras o integradas de la misma. Las partes inmaduras de la personalidad son partes primitivas que quedaron segregadas del yo más integrado y adaptado y configuran el núcleo aglutinado o parte psicótica de la personalidad, que es la que establece la relación y la transferencia simbiótica (Bleger, 1997)

Por último, en la simbiosis este núcleo o aspecto psicótico de la personalidad se encuentra proyectado e inmovilizado en un depositario, en alguien, que en la transferencia simbiótica suele ser el analista. La característica principal de esta parte psicótica de la personalidad es la falta de discriminación que se evidencia en diversos aspectos: entre yo y no-yo, entre los componentes o identificaciones de distintas experiencias de distintos momentos, entre objeto bueno y malo y entre las distintas fases

(oral, anal y genital). Siendo un poco más preciso Bleger (1997), menciona que la parte psicótica de la personalidad es psicótica, básicamente, porque en ese nivel no hay discriminación entre el mundo interior y el externo, no hay distinción entre el depositario y lo proyectado, lo propio y lo ajeno, es decir hay una carencia absoluta de sentido de realidad. Mostrando como ejemplo lo que acontece en el marco del análisis el autor relata cómo estos dos aspectos de la personalidad, el neurótico y el psicótico, a pesar de que conviven, se manifiestan de manera alternada pudiendo predominar uno u otro, incluso por largos períodos de tiempo (Bleger, 1997).

### **3 Metodología**

**4.1 Tipo de estudio:** modelo de caso único, descriptivo.

#### **4.2 Participante:**

Caso clínico de S, una mujer de 63 años, quien fue derivada al servicio de psicocardiología por su médico cardiólogo de un Hospital de la Provincia de Buenos Aires por presentar sintomatología congruente con ataques de pánico y antecedentes de haber padecido un accidente cerebrovascular en el año 2004. En el servicio de psicocardiología se le ofreció asistencia psicológica, en el marco de un análisis psicoanalítico y al momento de realizar el presente trabajo lleva 3 meses en tratamiento. Su grupo familiar está compuesto por su esposo con quien convive junto con un hijo varón y, además, tiene tres hijas mujeres con quienes ya no convive y varios nietos y bisnietos. Al momento de la consulta S ya está jubilada y su actividad principal es de ama de casa.

#### **4.3 Instrumentos:**

Se realizaron observaciones participantes del grupo de supervisión en el que se abordaba el caso, con una frecuencia semanal durante aproximadamente cuatro meses.

Se llevó a cabo una entrevista semidirigida al profesional tratante, abordando los siguientes ejes: motivo de consulta, características de la paciente, sintomatología psicosomática, estructura psíquica y áreas de funcionamiento neurótico, núcleos psicóticos, características del tratamiento, pronóstico, objetivos terapéuticos y vínculo transferencial.

Se tuvo acceso a la historia clínica y se tomaron notas de cuestiones relevantes para el análisis del caso.

#### **4.4 Procedimiento:**

En el transcurso de los cuatro meses aproximados que duró la práctica profesional, se recolectó información relevante para el caso durante las observaciones participantes del grupo de supervisión en el que se aborda el tratamiento de la paciente.

Esta actividad tuvo una frecuencia de semanal. Además, se realizó una entrevista semidirigida al profesional responsable del tratamiento de una hora y media aproximadamente y se tomaron notas de cuestiones relevantes registradas en la historia clínica de la paciente.

## **5. Desarrollo**

### **5.1 Conceptualización del caso**

#### **5.1.1 Datos sobre la paciente**

Se pudieron recopilar algunos datos generales de la paciente y de su historia personal, tanto en los espacios de supervisión, en la entrevista con la analista a cargo del tratamiento, como en el análisis de la historia clínica. A continuación se presentan algunas cuestiones que resultan relevantes como introducción al caso.

S es una mujer de 63 años, de buena presencia. Se muestra en las sesiones como una persona muy enérgica, segura y conversadora y ella se describe a sí misma como una mujer con una familia grande y que trata de resolver todo sola. Está casada con R, hace 46 años, con quien tiene cuatro hijos, M de 42, J de 41, Sa 38 años y A de 35 años. Al momento de realizar el presente trabajo S convive con el esposo y su hijo varón, por parte del cual, además, tiene un nieto de cinco años, Ma. El niño vive con su madre con quién, tanto el hijo de S como el resto de la familia, tiene muy mala relación. Sus tres hijas están casadas y por parte de ellas tiene siete nietos y dos bisnietos. La actividad principal de S es de ama de casa, ya que está actualmente jubilada. También dedica bastante tiempo a tejer, tanto por placer como para vender algunas de las cosas que produce.

S proviene de una familia numerosa, tiene seis hermanos, de los cuales cuatro son medio hermanos, por parte de la madre de un segundo matrimonio. S describe que su relación con sus hermanos, en términos generales es buena, salvo por algunas peleas puntuales con uno de sus hermanos. Además, posee numerosos sobrinos, con alguno de los cuales mantiene un vínculo muy estrecho. Según ella misma menciona, tanto con su madre como con su padre, Susana mantuvo siempre una muy buena relación. Ambos fallecieron hace once y ocho años respectivamente, a causa de un accidente cerebro vascular (ACV).

A los 17 años se casó con R, luego de un año de noviazgo. Durante los primeros años de casados, el matrimonio vivió en la casa de los padres de S, hasta que nació la

tercera hija que fue cuando se mudaron a una pequeña casa que se habían construido con mucho esfuerzo en la provincia. Vivieron en esa casa varios años, hasta que la hija mayor terminó el secundario y decidieron comprar un departamento y mudarse, lugar donde S había vivido toda su vida.

Un dato que resulta pertinente resaltar es que, al momento de comenzar el análisis, A, el hijo menor, se encuentra en un proceso judicial por poseer numerosas, supuestas falsas, denuncias por maltrato y violencia realizadas por L, su ex pareja y madre de Ma. Esta situación es motivo de profunda angustia y preocupación para S. Ella, además de convivir con su hijo A, está muy involucrada en la problemática que él tiene con su ex pareja. Es ella quién lleva al nieto a la casa de su madre cuando termina el tiempo de visita con el padre para que A y L no se crucen.

En el año 2004 S sufrió un ACV hemorrágico, del cual no le quedaron secuelas, pero que destapó un cuadro de hipertensión. S conocía desde hacía muchos años al médico cardiólogo del hospital que la atendió, quien además cumple el rol de médico de cabecera. Se conocieron mientras S trabajaba en el área de emergencias de un centro donde atendía el médico.

Durante los primeros meses del año 2016, S se quejaba de sufrir ataques de pánico, motivo por el cual su médico la derivó al servicio de psicocardiología del mismo hospital, donde comienza el tratamiento en base al cual se realizó el presente trabajo.

Luego de la primera entrevista con la analista a cargo del tratamiento, siguiendo con el protocolo previsto por el hospital para este tipo de pacientes, se le ofrece a S realizar seis meses de tratamiento, a lo cual la paciente acepta, asistiendo sin falta a todas sesiones.

### **5.1.2 Datos sobre la psicóloga a cargo del tratamiento**

La profesional a cargo del tratamiento posee, al momento del presente trabajo, un año y medio de experiencia clínica, siendo S su segunda paciente desde el inicio de su actividad profesional. Resulta pertinente destacar que la analista tiene aproximadamente 30 años menos que la paciente. Se dedica mayormente a atender pacientes psicósomáticos derivados por la institución a la que pertenece, además de realizar atención clínica en su consultorio privado.

## 5.2 Descripción de la sintomatología psicosomática de la paciente

Si bien no existe por parte de S, inicialmente, una demanda de análisis, ella es derivada por su médico cardiólogo al área de Psicocardiología del Hospital por quejarse de síntomas propios de un cuadro ansioso. En la entrevista la analista a cargo del tratamiento cuenta que S llega a la primera consulta quejándose sentirse “*bajoneada*”, de sufrir palpitaciones, ahogos, miedo de estar sola, necesidad de recluirse en su casa y a la vez, por momentos, sentir la sensación de ahogarse al estar adentro.

Dada la complejidad de la naturaleza humana, existen diferentes aristas para la observación de un mismo paciente. En el caso de S, es posible distinguir dos ejes de análisis en la sintomatología que presenta la paciente.

En primer lugar, S es una paciente psicosomática que padeció un ACV hemorrágico en el año 2004. El incidente se desencadenó a raíz de un pico de presión y finalizó en el hospital con una convulsión. En una viñeta rescatada de la historia clínica se ve que ella misma lo menciona en la primer sesión de terapia, en la que cuenta este episodio: (...) *“Me sentía como borracha en mi casa, mi marido me llevó a la casa de una amiga enfermera que me tomó la presión, la tenía en 22, de ahí obvio me llevó al hospital y ahí convulsione. Tuve la mitad del cuerpo paralizado, pero no me quedaron secuelas, nunca supieron qué fue lo que produjo el ACV y yo seguí con mi vida normal, me dijeron que para saber qué había sido, me tenían que pinchar la médula y yo me negué así que nunca supimos”* (...) *“yo no me siento vieja, me considero grande pero estoy como para seguir, no siento que tenga que parar”*. Durante la entrevista llevada a cabo con la terapeuta, ella menciona la sorpresa con la que escuchó este relato en el que S cuenta un episodio donde su salud se vio gravemente comprometida y sin embargo no expresa al contarlo ningún tipo de afecto o emoción vinculada a esa situación.

Más allá de la conceptualización psicoanalítica que se ha expuesto en el presente trabajo acerca del origen del fenómeno psicosomático, lo que efectivamente puede evidenciarse en el espacio terapéutico y que remite a la teoría mencionada, son aquellas características que presenta S y que coinciden con lo que plantean autores como Marty (1995).

En este punto es pertinente mencionar el pensamiento de tipo operatorio (Marty, 1995) que muestra S en la mayoría de sus relatos, en el cual como se evidencia en el ejemplo precedente, realiza una descripción sumamente detallada de una situación, sin hacer ninguna referencia ni expresar afecto alguno vinculado al relato. Sí bien, por

momentos en el transcurso de las sesiones, la paciente menciona cuestiones relacionadas a su estado de ánimo, como por ejemplo decir: *“estoy bajoneada”, “me aburre mi rutina” o “estoy preocupada por mi hijo”*, se evidencia una gran cantidad de relatos en los que el pensamiento operatorio se hace evidente. Además del previamente citado, otro ejemplo muy elocuente es el episodio citado en la historia clínica en el que S cuenta una pelea que tuvo con su hermano menor: *“Mi marido es re jodón, se lleva bien con todo el mundo, por eso le prestamos la escritura de nuestro departamento a C, mi hermano menor, para que él se compre un fondo de comercio de una fiambrería. Después de eso le regalé mi auto y ese mismo día lo vendió y lo puso en una mesa de póker, hipotecamos mi casa y nunca nos pagó. Me separé de R por este motivo durante varios años”*. La terapeuta, una vez más, hace referencia específica a este relato señalando que, al momento de hacerlo, S parecía desafectada emocionalmente por completo.

Como mencionan Martínez Santamaría et al. (2006), los trastornos cardiovasculares responden a una variada cantidad de factores causales, entre los cuales se encuentran, la hipertensión, los hábitos nocivos como el tabaquismo, la vida sedentaria y los antecedentes familiares. En el caso de la paciente, y según lo registrado en la historia clínica, cada uno de estos factores se encuentra presente delineando su cuadro clínico. Haciendo un breve recorrido por su historia personal y sus hábitos, S se describe a sí misma como una persona que nunca realizó ejercicio físico, incluso en la actualidad, que fuma siete cigarrillos por día desde hace unos años, pero que comenzó a fumar a los veinte años dos atados por día, y mantuvo ese promedio durante cerca de 40 cuarenta años. Luego del ACV que ella sufrió hace 12 años, padece de hipertensión, sintomatología para la cual está medicada. Además, como se mencionó con anterioridad, tanto el padre como la madre de S fallecieron a causa de un ACV. En el caso del padre, tuvo tres ACV y falleció luego del último, ya que su salud había quedado severamente deteriorada. En el caso de la madre, tuvo un solo ACV luego del cual permaneció internada en grave estado hasta su muerte.

Un pasaje de la historia clínica menciona el siguiente relato de S: *“yo siempre estuve activa, empecé a trabajar a los quince años y nunca dejé. Siempre trabajé en relación a la medicina, en emergencia, en secretaría, también puse varios negocios por mi cuenta, un mercería, un kiosco y dos restaurantes. Siempre me gustó ser independiente”* Se puede observar lo que Alaluf et al. (2007), mencionan acerca de la hiperactividad en relación al estilo de vida de estos pacientes, que suelen ser personas

sobreejigidas y sobreadaptadas, o como expone Pelorosso (2008), pacientes hipomaníacos. En este punto también resulta oportuno resaltar que S se casó a los 17 años y que si bien es probable que esto responda en parte a una cuestión cultural, se podría vincular con lo que los autores mencionan como el ritmo acelerado con el que viven estos pacientes previo a los episodios cardíacos, ritmo en el que a veces cumplen etapas del ciclo vital de forma prematura.

En segundo lugar, y siendo el motivo explícito por el cual la paciente es derivada al espacio de análisis, S presenta síntomas ansiosos congruentes con lo que Kaplan y Sadock (2000), definen como ataques de pánico o crisis de angustia. La paciente menciona que estos síntomas comenzaron luego de la muerte de su madre: *“Después del ACV, cuando mi mamá estuvo internada en terapia intensiva, yo no me movía de su lado. Un día uno de mis medio hermanos me ofreció contratar una enfermera que se quedé con mi mamá todo el tiempo, él no lo hizo y cuando yo la dejé sola a mi mamá en la terapia intensiva, ella se muere con el celular en la mano llamándome.”* Posteriormente relata que a partir de este doloroso episodio que tuvo lugar hace ocho años, ella comienza a tener ataques de pánico, a sentir que no puede quedarse sola en la casa y tener la necesidad de salir a la vereda, a sufrir palpitaciones y más adelante, coincidiendo cronológicamente con el inicio de un cuadro de EPOC que sufre el marido, S empieza a sentir una marcada sensación de ahogo. Al momento de comenzar el análisis ella menciona que estos síntomas aún se sostienen, aunque con menor frecuencia, pero lo suficiente como para interferir en su vida cotidiana, acentuándose generalmente por las noches. Tal como Bleichmar (1999) menciona, luego de la primera crisis de angustia, las posteriores no dependen de la situación traumática original, en el caso de la paciente la muerte de la madre y las condiciones en las que esto sucedió, sino que aquellas cuestiones que por algún motivo evocan esa situación que tanto impacto psíquico causó.

### 5.3 Descripción de las características de los núcleos psicóticos de la paciente

Una de las características más llamativas de S es la falta de discriminación y de límite interpersonal que manifiesta en todos sus vínculos. Como se mencionó en la breve descripción que se realizó de la paciente, S posee un vínculo muy particular con su hijo varón, A. Además de convivir bajo el mismo techo, es S quien administra el sueldo de su hijo. A trabaja en un kiosco y todos los meses luego de cobrar su salario, le hace entrega de éste a su madre, quien lo guarda y le va dando dinero a medida que él lo demanda. Frente a la interrogación de la terapeuta, S explica esto en una de las sesiones diciendo: *“Si yo no le administro la plata A se desorganiza y hace cualquier cosa, llega mitad de mes y no tiene un peso. Es un acuerdo que tenemos los dos, a él le sirve que yo lo ayude de esa forma. Además él sabe que si necesita la plata me la pide y se la doy, por ejemplo el otro día iba a salir con una chica y le di plata para que salga... no sé si le habrá alcanzado, no tengo idea cuanto sale un telo hoy en día”* (entre risas). Esta viñeta ejemplifica de modo muy claro lo que Bleger (1997, 2013) menciona como fenómeno simbiótico. Parecería no haber registro por parte de S, de que el hijo es un adulto que debería poder administrar su sueldo con independencia. Además resulta también algo llamativa la falta de límite, en relación a la intimidad de la vida del hijo, cuando ella misma le “da” el dinero para ir a un albergue transitorio con una chica. Debería haber algo del orden del pudor operando en esa situación, que por el nivel de simbiosis o confusión entre S y el hijo, parecería no estar presente.

En otra oportunidad S, menciona lo angustiada que está por la situación judicial del hijo que en sus palabras: *“parece que va a ir preso”*. En su discurso L, la ex mujer de A, es una chica muy complicada, que tiene mucha bronca con A por motivos de celos y otras cuestiones de pareja y que por eso, a modo de venganza, hizo las falsas denuncias contra el hijo y pretende *“arruinarle la vida”*. Por otro lado, en esa misma lógica S concibe a su hijo como (...) *“un adolescente que todavía tiene mucho que aprender y sobre todo a no dejarse engañar”*, careciendo de criterio de realidad en relación, al menos, a la etapa vital del hijo que tiene 35 años.

Ella expresa en una de las primeras sesiones al contarle acerca de la situación legal del hijo a la terapeuta: *“Yo supero las cosas sola, nunca fui a la psicóloga, sólo la vez que tome Rivotril y ahora, para mí éste es mi único problema, el de A”*. En estas palabras se evidencia, además de una carencia de registro de la propia vida interior, una

apropiación de la realidad de su hijo, como realidad propia.

Existe un amplia gama de detalles en los que se pueden evidenciar rasgos simbióticos en el modo de vincularse de S con sus hijos, en las siguientes líneas se continúa describiendo algunos de los más representativos. La paciente comienza su día, todos los días, a las siete de la mañana, llamando por teléfono a cada uno de sus hijos para saber cómo están, y cómo va ser el día de cada uno. Ella misma cuenta en sesión: *“Si no logro comunicarme por algún motivo, sigo llamando y mandando mensajes hasta que logro hablar, si no no puedo estar tranquila”*.

S vive, mientras transcurre la terapia, en una pequeña casa construida en el fondo de un terreno de M su hija mayor. En la casa que se encuentra en la parte delantera del terreno, vive la nieta mayor de S, F con su novio y su pequeño hijo. Cuando M le ofreció construir una casa en ese terreno, S y su marido no dudaron en hacerlo, y frente a la consulta de la terapeuta en relación a cómo manejaron la división del terreno, S responde: *“No lo dividimos, en realidad no hicimos escritura ni nada, nosotros tomamos una parte del terreno que mi hija me ofreció y construimos. Igual no hay nada que dividir, si es de mi hija es mío y viceversa”*. Una vez más, e incluso de manera muy explícita, S deja ver en su discurso la falta casi absoluta de discriminación entre lo propio y lo ajeno.

Una situación similar en cuanto a la carencia de criterio de lo propio y lo ajeno, se ejemplifica en el episodio, ya desarrollado en el apartado anterior, en el cual S expone económicamente a su familia, en repetidas oportunidades, por ayudar a su hermano menor.

Resulta prácticamente imposible describir la parte psicótica de la personalidad de Susana sin hacer referencia a sus modos simbióticos y confusos de vincularse. Belger (1997, 2013) menciona justamente que lo propio de la parte psicótica de la personalidad es la ausencia de discriminación, entre otras cosas, entre yo y no-yo, lo propio y lo ajeno.

Estos ejemplos, sumado a la modalidad de transferencia simbiótica que se manifiesta en el análisis y en los modos de relación de S con la terapeuta, son indicadores de la presencia de una parte de la personalidad que ha quedado escindida y que se proyecta en el otro generando un vínculo de características simbióticas.

Por otro lado, se debe hacer alusión en este punto, a algunas construcciones delirantes que S fue desarrollando durante el análisis. Si bien desde el inicio del tratamiento la terapeuta pudo pesquisar algunos relatos que le resultaban difíciles de

creer o comprender, o simplemente faltos de realidad, fue recién hacia el final del análisis que surgieron las construcciones delirantes más floridas.

Como ya se mencionó oportunamente, S trabajó muchos años vinculada a la medicina, esto resulta de interés dado que es en relación a esta temática que ella desarrolla algunos relatos delirantes. Probablemente por haber sido un análisis reducido en el tiempo, no se llegó a vislumbrar en el proceso el motivo de esta asociación. Sin embargo de todas las construcciones delirantes que ella manifestó en este breve lapso de tratamiento, solo una no está vinculada a la medicina.

El primer episodio que llamó la atención de la terapeuta por su rareza se desarrolló en una sesión a la que S se presentó por primera vez, a juicio de la analista, desalineada y desorganizada. En esta sesión S cuenta que en una oportunidad una de sus sobrinas estaba internada y ella la había ido a ver: *“Los médicos la querían pinchar todo el tiempo, vos sabes que los médicos practicantes vienen uno por uno para practicar y te pinchan y te dejan la vena así (haciendo gesto de inflamación). Entonces yo agarré a una de esas pibas y la llevé a la dirección del hospital y le dije al director: escúchame una cosa, cómo podes tener gente tan inútil trabajando acá? Además una vez mi hija cuando era chiquita tuvo placas, yo me olvidé la medicación y una de las placas se le fue a un riñón y casi le tienen que cortar la pierna, la querían dejar internada pero yo me negué porque los médicos son unos hijos de puta, así que me la lleve a mi casa le contraté tres médicos particulares que venían a casa y la tuve tres meses con la pata para arriba. (...) “ese mismo año, se me cae una mesa en la pierna y me disloca la pierna, pero yo, viste como soy, no paré, subía y bajaba las escaleras para ver a mis amigas.”* En este fragmento de sesión, disfrazado tras la apariencia de normalidad, se hace manifiesta frente al análisis del mismo, un mayor nivel desorganización del relato y una acentuada carencia de criterio de realidad del mismo.

En la misma sesión, S cuenta: *“una vez mi marido estaba internado en terapia intensiva y también había internado un preso, podes creer que las enfermeras le negaron el desayuno porque era un delincuente? Ahí mismo fui a la dirección del hospital y le dije al director: éstas son unas hijas de puta, yo antes de hacer por lo mío, hago por los demás.”*

Los ejemplos expuestos anteriormente ocurrieron en una sesión inmediatamente posterior a una en la que S recibió por parte de la terapeuta interpretación que operó a modo de límite. En esa oportunidad la analista le había respondido, frente a la acusación de que no la ayudaba en nada, que ella podría no asistir a ese espacio si sentía que no

era de ayuda, pero que le parecía que en realidad por algún motivo ella no faltaba nunca. La analista le devolvió la pregunta diciéndole que ella también sentía que el análisis no estaba siendo de ayuda para S, ya que S rechazaba constantemente cualquier cosa que la analista pudiera decir. Además le preguntó acerca de si ella también le decía que a su familia que todo lo que decían estaba mal, como lo hacía con ella.

En otra sesión, S cuenta que había perdido dos embarazos: *“mi primer hijo lo perdí porque un médico me hizo tacto al mes de embarazo e inmediatamente me generó un aborto espontáneo y el segundo que perdí fue después de A, nos estábamos yendo de vacaciones y yo tenía un cólico hepático y fui a un médico que me dio unas pastillas que infectaron al feto y me tuvieron que hacer un raspaje.”* Como en los ejemplos anteriores, resulta llamativo lo bizarro del relato.

La última, y quizás más florida expresión delirante, se desencadenó hacia el final del tratamiento. Unas sesiones antes de que se cumplieran seis meses desde iniciado el análisis, la terapeuta menciona en sesión que el final del tratamiento está pronto, y que sólo restan dos sesiones según lo pactado. A la semana siguiente S asiste sin falta, como todas las semanas, pero esta vez, al igual que en el ejemplo ya citado, se presenta desalineada, mal vestida y con un aspecto un tanto deteriorado, sumamente disonante con su imagen habitual. A lo largo de la sesión, S cuenta lo siguiente: *“Cuando yo trabajaba en el x, en un momento me mandaron a trabajar al subsuelo, y ahí fue como que me ascendieron, porque me mandaron a trabajar a un sector muy importante, yo no debería contarte esto, pero bueno... yo trabajé en el sector en el que se ocupan del tráfico de armas y droga. Yo estaba metida ahí trabajando en ese sector.”* Luego de este relato claramente delirante, S continuó hablando con total normalidad acerca de cuestiones familiares, etc. Más tarde en la misma sesión, y retomando la cuestión vinculada a lo médico, le cuenta a la analista el siguiente episodio: *“Yo te conté que una vez A se golpeó tan fuerte la cabeza que lo tuvieron que internar y operar? Podes creer que los médicos del hospital eran tan inoperantes que tuve que entrar yo al quirófano a sostenerlo a A mientras lo operaban?”*

Ambos pasajes de la sesión se desarrollaron entremezclados con un discurso aparentemente normal y coherente. Estos dos episodios tan llamativos, y que por supuesto requirieron de una intervención específica posterior de la analista a modo de prevención, ocurrieron como menciona Bleger (1997) de manera alternada con las manifestaciones de características más “neuróticas”. Específicamente en el último ejemplo relatado, resulta claro que la paciente se vio confrontada con el final del

análisis que, retomando lo que menciona Bleger (1997), implicaba para ella un atentado contra la transferencia simbiótica establecida con la analista en el marco de la terapia y que había operado hasta el momento manteniendo controlada la parte psicótica de su personalidad.

#### **5.4 Descripción del vínculo transferencial establecido en el marco del análisis**

Dada la complejidad del caso, en el presente apartado se hará referencia al vínculo transferencial establecido en el análisis haciendo referencia tanto a las características de la transferencia propia de pacientes psicósomáticos así como a aquellas cuestiones vinculadas a la personalidad simbiótica que posee la paciente y la presencia y manifestación de los núcleos psicóticos.

Como se mencionó con anterioridad, no hubo demanda de análisis por parte de S, sin embargo, desde el comienzo del tratamiento, la paciente se mostró comprometida con asistir sin excepción a este espacio. Ella se muestra elocuente desde el primer momento y la primera impresión inicial de la analista, según menciona en una sesión de supervisión, es que: *“S viene a terapia y pone play, es un discurso totalmente catártico. Generalmente habla sin parar sobre lo que hizo desde que no nos vimos, sobre lo que le pasa a los hijos, etc, todo con una cantidad increíble de detalles”*. Esta sucinta y preliminar descripción se asemeja al perfil del anti-analizando descrito por McDougall (1995), en el cual el inicio y el transcurso del análisis fluyen, sin desatarse el proceso analítico.

En el espacio de supervisión la analista también cuenta que en repetidas oportunidades S fantaseaba en voz alta diciéndole: *“hoy pensé que no ibas a venir”*. Dejando ver de alguna manera su desconfianza hacia el compromiso de la terapeuta. En consonancia con lo que señalan Alaluf et al. (2007) y en palabras de la analista, todo el trabajo analítico estuvo teñido por la agresión expresada de diversas formas. En todo momento, y frente a toda interpretación o comentario de la analista, S movía el dedo índice hacia los costados diciendo con el gesto y la palabra *“no, no es así”*. Con frecuencia luego de esa negación, la paciente mencionaba lo que había dicho la terapeuta como si fuera parte de su propio discurso, evidenciando en esto además de una gran necesidad de mantener el control de la situación, su omnipotencia de pensamiento y certezas, tal como sostienen Alaluf et al. (2007) que es propio de los pacientes psicósomáticos.

La agresión de S se manifestó prácticamente desde la primera sesión, generalmente la expresaba de manera sutil, pero con una clara alusión a la analista. Algunos de los comentarios de este tipo, registrados en la historia clínica sirven para ejemplificar: *“yo trabajaba en emergencia, era mucho más que estar sentada acá hablando con alguien, viste”*; *“yo con todos los hijos que tengo, tengo experiencia, más vale la experiencia que tantos libros leídos”*; *“¿Querés que te diga algo? Mi marido te odia”*; *“¿Sabes qué me di cuenta, que vos sos como mi hija, una muñequita de bazar”*. En este último se puede apreciar la sutileza del mensaje, por un lado halaga a la analista diciéndole que es como su hija, “una muñequita” y luego termina con la expresión “de bazar” que tiene una connotación de algo burdo, vulgar o común. Un episodio similar es relatado por la terapeuta en el espacio de supervisión. Cuenta que S había llegado a la última sesión y le había “regalado”(las comillas las usa a modo de gesticulación la misma analista durante el relato) una bufanda tejida por ella. Se la entrega en un paquete muy bien armado con papel seda perfumado y dentro de una bolsa de regalo. Al momento de entregársela la paciente miró atentamente el rostro de la analista agregó: *“te la traje porque es una muestra, estoy haciendo algunas para ver cómo quedan, para vender”*. Una vez más un gesto que podría ser producto de una transferencia positiva, como sostiene Freud (1912.), se convierte rápidamente en un gesto ambiguo.

En una oportunidad la paciente increpó de manera más directa a la terapeuta cuestionándola: *“yo quiero que me digas, en qué me ayudas vos, porque la verdad es que yo no veo que vos me ayudes en nada, no entiendo para qué vengo.”* Como se expuso en un apartado anterior, la analista respondió esta pregunta de alguna manera devolviéndosele el cuestionamiento. Dos horas después de la sesión la analista recibe el siguiente mensaje de texto en su celular: *“Hago salsa casera, venís a comer unos fideos a casa”?* La analista inmediatamente le responde que cree que se confundió de persona y S responde que la disculpe, que era para su hijo. En este caso la paciente actúa de manera agresiva dentro de la sesión e intenta luego fuera de ella compensar a través de un mensaje fallido. En palabras de Mc Dougall (1993) se podría pensar que las expresiones de agresión de S son como los gritos del bebé que no siendo atendido por su madre, busca una respuesta de satisfacción a sus necesidades poniendo a la analista en el lugar de la madre y obligándola a decodificar sus mensajes desarticulados.

Como mencionan Bleichmar y Leiberman (2010) la agresión, expresión propia de la transferencia en el caso de S, operaba paradójicamente como motor y como resistencia. La analista relata en la entrevista, que la agresión en la mayoría de los casos

estaba seguida por algún gesto o palabra aparentemente casual pero que operaba a modo de compensación.

Complementariamente a lo expuesto en el presente apartado, resulta provechoso para el análisis del caso, mencionar aquí algunas breves cuestiones en relación a la contratransferencia, que la propia terapeuta menciona en la entrevista. En primer lugar, no es de menor importancia recordar que S fue la segunda paciente desde su inicio profesional como analista y que además tiene aproximadamente 30 años más que ella. La analista expresa que por las características propias de la paciente, desde el primer momento sintió una mezcla entre voluntad y deseos de atenderla que con el correr de las sesiones se fue matizando con un fuertísimo rechazo y ganas de derivar a la paciente. Esto en principio fue interpretado tanto por ella como por su supervisora, en los espacios de supervisión, como los sentimientos contratransferenciales que emergían en la analista como consecuencia de las características agresivas y omnipotentes propias de la paciente psicósomática (Laplanche & Pontalis, 2015). Sin embargo, con el correr de las sesiones, se fue haciendo más evidente, para la analista, que experimentaba frente a los relatos de la paciente, con mucha frecuencia, una sensación de confusión, como si ella tuviera que saber de qué hablaba la paciente ya que S daba por sentado cosas. En muchas de estas ocasiones tenía la sensación de no comprender gran parte de los relatos. Además, la analista se fue sintiendo cada vez más agotada al finalizar las sesiones, en sus palabras *“era como que S me absorbía toda mi energía, me dejaba agotada, salía de la sesión y me tenía que ir a mi casa a descansar porque no podía ni pensar”*. La supervisora del caso vinculó sobre el final del tratamiento, este agotamiento extremo que le provocaban las sesiones a la terapeuta, con las características psicóticas y bizarras de sus relatos y con la forma simbiótica de vincularse con ella en transferencia (Bleger, 1997).

Tal como se ha expuesto en repetidas oportunidades, la paciente rechazaba constantemente las interpretaciones y comentarios de la analista de manera explícita, probablemente como sostiene Klein (2015), reviviendo en transferencia el sentimiento de envidia primitiva.

La analista reconoce en la entrevista, que se realizó sólo unas semanas antes de que finalice el tratamiento, que S había sido para ella una paciente muy difícil y se había sentido desafiada como profesional por el cuadro global que presentaba. Sin embargo, se sentía satisfecha de que S con el transcurrir de las sesiones había comenzado a experimentar ciertos cambios muy sutiles, aunque no lo reconociera de manera

consciente. Había comenzado a registrar ciertas alertas en su propio cuerpo y había acudido, por primera vez de manera espontánea, a una guardia para que le tomaran la presión. Había también consultado con un neurólogo a causa de su cuadro, cuestión que no había querido abordar en los últimos años, a pesar de la insistencia de su médico cardiólogo.

## 6. Conclusiones

En el presente trabajo final de integración se ha pretendido realizar una elaboración teórico práctica, a partir de un material clínico al que se tuvo acceso durante la práctica profesional V.

La elección del caso estuvo motivada por un interés personal en la complejidad y características propias del cuadro clínico, que en gran parte fue transmitido de manera muy elocuente por la terapeuta en los espacios de supervisión. Gracias a la participación en diversos espacios durante la práctica, se obtuvo un vasto material clínico del caso elegido, sobre el cual se realizó una selección para el abordaje de este trabajo. Este recorte, así como el recorte teórico que se realizó para dar sustento al presente trabajo, se vio influido en gran parte por la intención de aprovechar el material de la manera más eficiente posible, y por el aporte significativo de lineamientos teóricos que fueron abordados en un curso de especialización en psicósomática, realizado durante la práctica. Como toda decisión, esta selección deja por fuera un amplio material clínico tanto del caso elegido como de otros casos a los que se tuvo acceso, así como caminos teóricos pendientes de ser explorados.

Se trata de un caso clínico abordado desde la óptica del psicoanálisis, línea teórica sobre la que se sustenta el trabajo de la institución donde se realizó la práctica. La elección recayó sobre una paciente psicósomática cardíaca que además presenta indicadores que permiten inferir la presencia de núcleos psicóticos o una parte psicótica de la personalidad, como plantea Bleger (1997/2013).

Con la intención de realizar una exhaustiva descripción de lo mencionado, este trabajo se ha enfocado en responder tres objetivos planteados inicialmente. En primer lugar, además de comentar las características y datos generales de la paciente a modo de introducción, se ha buscado describir la sintomatología psicósomática cardíaca que presenta la paciente a través de ejemplos clínicos citados para tal fin. En segundo lugar se ha pretendido puntualizar con el mayor detalle posible, las características del núcleo psicótico o parte psicótica de la personalidad de la paciente. Y por último basándose, más que nada, sobre lo conversado con la analista en la entrevista, se ha intentado delinear las características de la transferencia establecida en el marco del espacio analítico.

Desde el punto de vista teórico, se tomó como base y referencia fundamental el

psicoanálisis, siendo ésta la línea teórica bajo la cual se ha tratado y analizado a la paciente del caso abordado. Dentro del psicoanálisis, que presenta en sí mismo un extenso desarrollo teórico, se ha optado por elaborar el presente trabajo a la luz de los aportes de la línea freudiana y post freudiana, con el objetivo de respetar una línea teórica vectora. Se ha intentado realizar un recorrido de los autores más relevantes de la temática elegida, comenzando por definir conceptos centrales de la teoría psicoanalítica desde sus orígenes con Freud y otros autores relevantes. Se ha prestado especial atención al concepto de psicoanálisis entendido en sus tres acepciones. En primer lugar como método de investigación orientado a evidenciar a través de la asociación libre, la presencia de deseos y motivaciones inconscientes. En segundo lugar entendido como proceso terapéutico, marco en el cual se desarrolló el tratamiento abordado con la paciente. En este punto se hizo foco en el concepto de transferencia, como repetición de formas de vinculación tempranas en el marco de la relación analítica (Freud, 1912). En tercer lugar se ha descrito al psicoanálisis como un conjunto de teorías explicativas dentro de las cuales se pueden ubicar los desarrollos teóricos concernientes a la problemática psicosomática. En relación con este último tema, se trabajaron los aportes teóricos más relevantes, entre los cuales se encuentran Marty como representante de la Escuela de París, y McDougall, quien propone que las enfermedades psicosomáticas son el producto de la ausencia de estructuras psíquicas simbólicas. Por último, se dedicó un apartado a la elaboración del concepto de núcleo psicótico, citando específicamente a Bleger y Klein, dos autores centrales en esta temática.

En la elaboración del trabajo se presentaron algunas limitaciones que ameritan ser mencionadas. En relación a la teoría, el concepto de núcleo psicótico, es un tópico que ha tenido escaso desarrollo teórico, en comparación a otras problemáticas abordadas en el corpus teórico del psicoanálisis. Por este motivo y sumado a la complejidad propia del tema, resultó ardua la elaboración de este recorte teórico.

Por otro lado, el tratamiento de la paciente elegida tuvo una duración que, a pesar de ser la prevista por la institución, resultó un tanto escueta en miras a la cantidad de detalles y cuestiones que quedaron, por la falta de tiempo, sin ser abordados en el espacio analítico. Entre ellas se pueden mencionar algunas preguntas que surgen luego del análisis del caso y para las cuales no se encontraron respuestas dentro del material disponible. Se plantean aquí a modo de nueva línea de investigación, sin dejar de mencionar que probablemente para dicho desarrollo sea preciso el inicio de un nuevo proceso analítico. ¿Qué asociaciones podría hacer la paciente en relación al primer ACV

padecido en 2004?, ¿Qué acontecimiento pudo haber precedido este primer episodio cardiovascular?, ¿La agresión que sostiene con la analista en el vínculo transferencial, es la revivencia de qué vínculo temprano?, ¿Qué indicios se podrían hallar en el trabajo analítico que puedan dar cuenta de la asociación de la paciente que la llevan a desarrollar construcciones delirantes en torno a la medicina?, ¿Qué recuerdos y vivencias puede evocar la paciente en relación a sus primeros años de vida y especialmente a la relación con sus padres?, ¿Las construcciones delirantes de S, responden efectivamente a la presencia de un núcleo psicótico en su personalidad, como se plantea en el presente trabajo, o puede ser interpretado como plantea Aisemberg (2008), como la repetición de huellas primitivas y traumáticas que favorecen la aparición, por ejemplo, de alucinaciones en personas no psicóticas?

En síntesis, hubiera sido sumamente interesante, para continuar la elaboración del caso, contar con información acerca de vínculo temprano con la madre y el padre, así como de sucesos relevantes de su infancia que puedan dar cuenta de ciertos traumas acontecidos durante el proceso de estructuración psíquica y expliquen su sintomatología psicósomática y la escisión de su personalidad en una parte no integrada.

En cuanto a la observación del trabajo de la terapeuta, y considerando que todo proceso analítico se da en el encuentro de dos personas específicas con todo lo que eso implica, cabe preguntarse cómo se hubiera desarrollado el análisis si la profesional a cargo hubiera tenido algo más de experiencia para el trabajo con un paciente de estas características. ¿Cuánto o cómo influyó la combinación de esta circunstancia específica de la analista en el resultado del tratamiento? ¿Fue la transferencia simbiótica la que desafió a la analista y el verse obligada a lidiar con la parte psicótica de la personalidad de la paciente, en la agresión y la ambigüedad de sus actitudes hacia ella? ¿O fue la combinación de lo expuesto sumado a su breve experiencia clínica y probablemente algunas cuestiones contratransferenciales no exploradas por la analista en el escaso tiempo que duró el tratamiento?

En última instancia, se debe resaltar que todo trabajo de elaboración personal se encuentra atravesado por la subjetividad de quién lo realiza. En el caso particular del trabajo aquí desarrollado, resulta atinado mencionar algunas consideraciones. En función a la temática elegida, en la que se plantea el rol de la madre como un rol central en el proceso de estructuración psíquica del niño y en el posible desarrollo de ciertas patologías, fue necesario superar las propias resistencias que la misma temática suscitó, debido a que quien elabora el presente trabajo se ve interpelada por sus primeros años

de maternidad. Dada la escasa experiencia clínica de la analista a cargo del caso, y que el presente trabajo implica la culminación de la carrera de grado, también es pertinente reconocer que operó algo de la identificación con su figura en la experiencia de escucha y análisis del material clínico.

Resta solamente mencionar que el trabajo aquí concluido y la práctica profesional llevada a cabo, permitieron, además del aprendizaje en profundidad de la problemática psicosomática y la parte psicótica de la personalidad, desde la mirada psicoanalítica, realizar una síntesis personal en relación a muchos de los conceptos abordados durante la carrera, el rol del psicólogo clínico y los propios deseos vinculados al ejercicio de este ámbito profesional.

## Referencias bibliográficas

- Aisemberg, E. (2008). La sombra de la herencia en el psicoanálisis contemporáneo. *Revista del Psicoanálisis*, 65, 129-142.
- Alaluf, C., Volfzon Bembi, J. L., Fiorillo, N., Repetto, L., & Monis, B. (2007). Aportes del tratamiento psicoterapéutico para pacientes con patología cardíaca. En *XIV Jornadas de investigación y tercer encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.
- Aragonés, R., J. (2005), El sincretismo y los tres modelos del narcisismo en Freud. *Intercanvis Digital, Papers de Psicoanàlisi*. Recuperado de: [http://intercanvis.es/articulos/14/art\\_n14\\_01R.html](http://intercanvis.es/articulos/14/art_n14_01R.html)
- Bedoya Ocampo, S., Arenas Yopez, A., Ríos, A. F., (2010). Del inconsciente al ello, cambio de tópica. *Revista electrónica Psyconex*. Recuperado de: <https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/Psyconex/article/view/9656>
- Bleger, J. (1997). *Simbiosis y Ambigüedad*. Buenos Aires: Paidós SAICF.
- Bleger, J. (2013). El concepto de psicosis. *Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*. Recuperado de : <http://www.area3.org.es/Uploads/a3-17-conceptopsicosis.JBleger.pdf>
- Bleichmar, H. (1999). El tratamiento de las crisis de pánico y el enfoque Modular-Transformacional. *Aperturas psicoanalíticas. Revista internacional de psicoanálisis*. Recuperado de: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000094&a=El-tratamiento-de-las-crisis-de-panico-y-el-enfoque-Modular-Transformacional>
- Etchevers, M., Garay, C. J., González, M. M., Simkin, H. (2012). Principales desarrollos y enfoques sobre alianza y relación terapéutica. *Anuario de investigaciones*, 19, 225- 232

- Freud, S., (1912/1991). *Sobre la dinámica de la transferencia*. Obras Completas. Volumen XII (2da ed. 3ra reimp) Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S., (1915/1992). *Pulsiones y destinos de pulsión*. Obras Completas. Volumen XIV (2da ed, 4ta reimp) Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S., (1933/1991). *31° conferencia: La descomposición de la personalidad psíquica*. Obras Completas. Volumen XXII (2da ed. 2da reimp) Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S., (1937/1991). *Construcciones en el análisis*. Obras Completas. Volumen XXIII (2da ed. 3ra reimp) Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- García, H., (2000). Realidad, símbolos y trastornos psicósomáticos a la luz de Winnicott. *Psicoanálisis APdeBA*, 22, 137-155
- Kaplan, H., & Sadock, B. J., (2000). *Sinopsis de psiquiatría*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.
- Klein, M., (2015). *Envidia y gratitud y otros trabajos*. Tomo III. Buenos Aires: Paidós SAICF.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (2015). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós SAICF.
- LLanes, C., (2014) Transferencia y psicósomática. *International Journal of Good Conscience*, 9 (1) 56-64.
- Laznik, D., Lubián, E., Kligmann, L., (2011). Fundamentos y límites de la primera tópica freudiana. *Anuario de Investigaciones*, 18, 77-80
- Martínez Santamaría E., Lameiras Fernández M., González Lorenzo M., & Rodríguez Castro Y., (2006). Alteraciones emocionales en personas mayores con

enfermedades cardíacas. *Atención Primaria*, 49 ,90-95.

McDougall, J. (1993). *Alegato por una cierta anormalidad*. Buenos Aires: Paidós SAICF.

McDougall, J. (1996). Un cuerpo para dos. M. Bekei (comp.) *Lectura de lo Psicosomático*. (pp. 67-95). (2ª ed.). Buenos Aires: Lugar Editorial S. A.

Otero, J., & Rodado, J. (2004). El enfoque psicoanalítico de la patología psicosomática. *Aperturas Psicoanalíticas. Revista internacional de psicoanálisis*. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000282&a=El-enfoque-psicoanalitico-de-la-patologia-psicosomatica>

Palacios, L. A. (1997). El proceso psicoanalítico. En J Vives Rocabert (Ed.) *El proceso psicoanalítico* (pp.53-62). México: Plaza y Valdés, S.A. de C.V

Pelorusso, A. E. (2008). Abordaje del paciente psicosomático. Recuperado de: [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/practicas\\_profesionales/820\\_clinica\\_tr\\_personalidad\\_psicosis/material/abordaje.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/820_clinica_tr_personalidad_psicosis/material/abordaje.pdf)

Samat, J., (2006). Universidad Católica de Cuyo. Conceptos fundamentales del psicoanálisis freudiano. Recuperado de: [https://www.uccuyo.edu.ar/ucc3/images/archivos/filosofia/biblioteca/contribuciones/CONCEPTOS\\_FUNDAMENTALES\\_DEL\\_PSICOANALISIS\\_FREUDIANO.pdf](https://www.uccuyo.edu.ar/ucc3/images/archivos/filosofia/biblioteca/contribuciones/CONCEPTOS_FUNDAMENTALES_DEL_PSICOANALISIS_FREUDIANO.pdf)

Szapiro, L. (2011). De la cuestión de la psicosomática en el campo del psicoanálisis. Puntos de convergencia y divergencia. *Anuario de Investigaciones*, 18, 163-169.

Villarreal, B. J. (1997). El concepto histórico de transferencia. En J. Vives Rocabert (Ed.) *El proceso psicoanalítico* (pp.165-176). México: Plaza y Valdés, S.A. de C.V