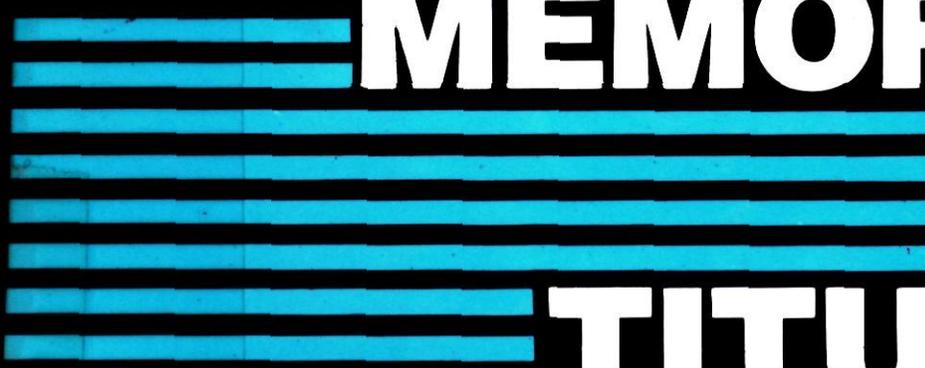


ME.PSI
(19)
2001
c.0



**MEMORIA
DE
TITULO**

**UNIVERSIDAD
GABRIELA MISTRAL**
LA UNIVERSIDAD PRIVADA AUTONOMA MAS ANTIGUA

MF P51
(17)
2001

M2474
C.O

UNIVERSIDAD GABRIELA MISTRAL
Departamento de Psicología

TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN A PARTIR DEL CUESTIONARIO DESIDERATIVO

Memoria para optar al Título de Psicólogo

Autores:

Carolina Lorca Koch
María José Rodríguez Becker

Profesores Investigadores:

Sra. Eve Marie Apfelbeck
Sr. José Montalbán

Asesor Metodológico:

Sr. Iván Armijo



Santiago, Noviembre del 2001

Departamento de Psicología

EVALUACION MEMORIA DE TITULO

I IDENTIFICACION

TITULO DE LA MEMORIA “ Trastornos de Alimentación a partir del Cuestionario Desiderativo”

AUTOR (ES) Carolina Lorca K.
María José Rodríguez B.

PROFESOR EVALUADOR: José Montalbán P.

FECHA : Santiago, Enero 2002

II CONTENIDOS

Evaluación (*)

Asigne una nota de 1 a 7 a cada aspecto presentado

2.1	Originalidad y/o relevancia de la investigación realizada	7.0.-
2.2	Fundamentación teórica, discusión bibliográfica presentada	6.5.-
2.3	Logro de los objetivos planteados en la investigación	6.5.-
2.4	Metodología general utilizada	6.5.-
2.5	Tratamiento de la información recopilada, análisis de resultados	6.0.-
2.6	Conclusiones y reflexiones finales presentadas	6.0.-

III ASPECTOS FORMALES

3.1	Capacidad de integración y síntesis teórica	6.5.-
3.2	Coherencia interna del trabajo presentado	6.5.-
3.3	Estilo de redacción (grado de precisión conceptual, lenguaje académico, etc.)	6.5.-
3.4	Grado de corrección ortográfica y de puntuación	7.0.-
3.5	Presentación formal de la bibliografía y fuentes utilizadas	5.5.-

(*) La nota final de la Memoria no tiene necesariamente que ser un promedio de estas evaluaciones parciales, dado que cada uno de los puntos detallados para los contenidos y los aspectos formales, tienen diferente ponderación para una nota global.

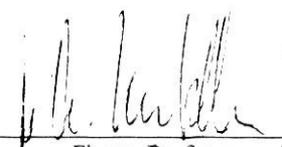
Quisiera felicitar a las autoras dado que es posible observar un trabajo cuidado, , realizado con interés y que exponen de manera fluida y precisa.

Respecto a la evaluación de la bibliografía y fuentes utilizadas, si bien el uso es correcto y está presentado adecuadamente, llama la atención que aparecen largas exposiciones, que evidentemente no son elaboraciones de las memoristas, y que no tienen cita o referencia a la fuente. En ocasiones de manera muy general.

Por momentos surge la preguntasobre si se podría haber sintetizado algunos aportes teóricos que tienden a repetirse.

Llama la atención que en el análisis de C.D. no aparezcan reflexiones sobre el tipo de símbolos utilizados, como una información de sí misma. por ejemplo si corresponde a algo anal, oral, fático, etc.....

*De acuerdo a la información anterior califico esta Memoria con nota 6.2-
Nota en palabras (Seis punto dos)*


Firma Profesor evaluador

Departamento de Psicología

EVALUACION MEMORIA DE TITULO

I IDENTIFICACION

TITULO DE LA MEMORIA " Trastornos de Alimentación a partir del Cuestionario Desiderativo"

AUTOR (ES) Carolina Lorca Koch
María José Rodríguez Becker

PROFESOR EVALUADOR: Eve Marie Apfelbeck

FECHA : Santiago, Enero 2002

II CONTENIDOS

		Evaluación (*)
		<i>Asigne una nota de 1 a 7 a cada aspecto presentado</i>
2.1	Originalidad y/o relevancia de la investigación realizada	7.0.-
2.2	Fundamentación teórica, discusión bibliográfica presentada	7.0.-
2.3	Logro de los objetivos planteados en la investigación	7.0.-
2.4	Metodología general utilizada	7.0.-
2.5	Tratamiento de la información recopilada, análisis de resultados	7.0.-
2.6	Conclusiones y reflexiones finales presentadas	7.0.-

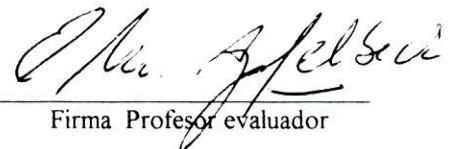
III ASPECTOS FORMALES

3.1	Capacidad de integración y síntesis teórica	7.0.-
3.2	Coherencia interna del trabajo presentado	7.0.-
3.3	Estilo de redacción (grado de precisión conceptual, lenguaje académico, etc.)	7.0.-
3.4	Grado de corrección ortográfica y de puntuación	7.0.-
3.5	Presentación formal de la bibliografía y fuentes utilizadas	6.8.-

(*) La nota final de la Memoria no tiene necesariamente que ser un promedio de estas evaluaciones parciales, dado que cada uno de los puntos detallados para los contenidos y los aspectos formales, tienen diferente ponderación para una nota global.

Felicitaciones por el excelente trabajo, creativo y acucioso. Han dado muestra de mucho profesionalismo durante todo el proceso de elaboración de la tesis, que se refleja muy bien en el resultado final. La relevancia de los trastornos alimentarios resulta innegable, y el Cuestionario Desiderativo se revela como una técnica novedosa y poco estudiada, que aporta a la comprensión de estos cuadros psicopatológicos. El deseo hace de puente; llama la atención la dificultad de estas pacientes para aceptar la consigna, en tanto su conducta reflejaría el deseo de no existir. El análisis de contenidos podría haber sido aún más completo; aparecen contenidos correspondientes a la fase anal del desarrollo psicosexual (“tierra”, “suciedad”, “basura”, etc.) que también contribuyen al entendimiento de esta patología propia de estos trastornos.

*De acuerdo a la información anterior califico esta Memoria con nota 7.0
Nota en palabras (Siete coma cero)*



Firma Profesor evaluador

ABSTRACT

La presente Memoria para optar al Título de Psicólogo, se enmarca dentro de la actividad de investigación psicológica, donde se pretende profundizar el conocimiento de los Trastornos Alimentarios, especialmente, la Anorexia y Bulimia Nerviosa.

Debido al aumento progresivo de dichos casos en la consulta clínica, creemos importante ahondar en las dinámicas psíquicas involucradas en estos trastornos. Para ello se utilizará el Cuestionario Desiderativo de Jaime Berstein, el cual es una herramienta proyectiva de psicodiagnóstico, que se aplicará de forma individual sobre una muestra seleccionada intencionalmente, compuesta por 12 mujeres, que presenten anorexia o bulimia nerviosa y que pertenezcan a un nivel socioeconómico medio bajo.

Más que intentar superar los aportes teóricos que se tienen en relación a estos trastornos, nuestro interés reside en poder conocer algunos aspectos del funcionamiento psíquico de estas pacientes a través de las respuestas obtenidas en el Cuestionario Desiderativo. Creemos que esta técnica a pesar de ser poco conocida, es especialmente enriquecedora para nuestros objetivos, puesto que pone en juego la temática del deseo, central en los trastornos de alimentación, si se considera como eje directriz el “deseo irrefrenable de adelgazar” y “no engordar”.

INDICE GENERAL

Contenido	Nº Páginas
I. INTRODUCCIÓN	2
II. ANTECEDENTES TEÓRICOS	6
1. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN	6
1.1 Trastornos Cualitativos de la Alimentación	6
1.2 Trastornos Cuantitativos de la Alimentación	7
2. CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA DE LA ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA	8
3. DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE LOS CUADROS	11
3.1 Anorexia Nerviosa	11
3.2 Bulimia Nerviosa	12
4. EPIDEMIOLOGÍA	13
5. ETIOPATOGENIA	14
5.1 Punto de vista biológico	14
5.2 Punto de vista sociocultural	15
5.3 Punto de vista psicológico	15
5.3.1 Anorexia	16
5.3.2 Bulimia	19
6. NATURALEZA PSÍQUICA DEL DESEAR	24
7. ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA COMO POSIBLES FORMAS DE PERVERSIÓN	26



8. MARCO TEÓRICO PSICOANALÍTICO: FREUD Y MELANIE KLEIN	31
8.1 Los principales postulados de Freud	31
8.2 Los principales postulados de Melanie Klein	33
8.2.1. Fantasía Inconsciente	33
8.2.2. La relación entre la fantasía inconsciente según los postulados kleinianos y freudianos	38
8.2.3. Fantasía inconsciente y desarrollo: Formación de Símbolos	39
8.2.4. Mundo Interno	43
8.2.5. Las fantasías inconscientes y su relación con los objetos internos	44
8.2.6. Estructura mental	47
1) Principio de realidad	49
2) Desarrollo de las relaciones objetales	49
3) Secuencia de las situaciones de angustia	50
4) Mecanismos de defensa	52
5) Sobre la Salud mental	57
9. ASPECTOS DEL FUNCIONAMIENTO PSÍQUICO RELACIONADOS CON EL CUESTIONARIO DESIDERATIVO	61
9.1. Relación con la realidad	61
a) Interpretación de la realidad	61
b) Sentido de realidad	62
9.2. Control de Impulsos	63
9.3 Mecanismos de Defensa	64
a) Represión	66
b) Identificación Proyectiva	67
c) Disociación	67
d) Racionalización	69
9.4. Relaciones Objetales	69
9.5. Vicisitudes de la Ansiedad	70

10. PRUEBAS PROYECTIVAS	72
10.1. Cuestionario Desiderativo	73
a) Antecedentes	73
b) Fundamentos Teóricos	75
III. OBJETIVOS DEL ESTUDIO	84
IV. HIPÓTESIS DEL ESTUDIO	85
V. METODOLOGÍA	85
5.1 DISEÑO	85
5.1.1 Definición Conceptual de la Variable Independiente	86
a) Anorexia Nerviosa	86
b) Bulimia Nerviosa	86
5.1.2 Definición Conceptual de la Variable Dependiente	86
5.1.3 Definición Operacional de la Variable Dependiente	87
5.2 MUESTRA	88
5.3 INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN	89
Condiciones de aplicación del Cuestionario	91
Consigna del Cuestionario Desiderativo	92
Consideraciones acerca del impacto producido por la consigna	94
5.4 PROCEDIMIENTO	95
VI. RESULTADOS OBTENIDOS	112
VII. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	121
VIII. BIBLIOGRAFÍA	126

IX. ANEXOS

129

ANEXO N°1: Factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes de la Anorexia y Bulimia Nerviosa	130
ANEXO N°2: Análisis final de cada paciente	132
ANEXO N°3: Índice de Símbolos	149
ANEXO N°4: Análisis Temático- Temas y variaciones Interpretación psicoanalítica de Schafer	152
ANEXO N°5: Tabla del análisis de la muestra	159

I. INTRODUCCIÓN

En nuestro quehacer clínico, los psicólogos disponemos de numerosas herramientas diagnósticas para complementar el proceso de evaluación psicológica. Una de estas herramientas la constituyen las pruebas proyectivas, las cuales enriquecen la información obtenida a través de otras técnicas y de la entrevista psicológica.

Es nuestro interés poder ampliar nuestros conocimientos acerca de las pruebas proyectivas, específicamente del Cuestionario Desiderativo, de Jaime Bernstein. Esta prueba es de fácil y rápida aplicación, de corta extensión y entrega compleja información, sin embargo, es poco conocida.

Por otro lado, en la actualidad, los trastornos de la conducta alimentaria, especialmente la Anorexia y Bulimia Nerviosa, han experimentado un mayor protagonismo en la frecuencia de las consultas psiquiátricas, notándose un aumento progresivo y alarmante de los casos. Mucho se comenta sobre la incidencia del factor sociocultural en el apareamiento de los cuadros, en donde el prototipo de belleza femenino está caracterizado por figuras que resaltan la extrema delgadez y formas estilizadas. En esto tienen un rol importante los medios de comunicación, los cuales enmarcan dichos cánones de belleza con una preocupación extremada por el cuerpo. Se ha creado un culto en torno a la búsqueda de la perfección del cuerpo, lo cual nunca es plenamente alcanzado y facilita el apareamiento de una imagen corporal insatisfactoria, creando una excesiva preocupación en torno a la alimentación. Es así como la paciente anoréxica cae en un control rígido sobre lo que ingiere, mientras que la paciente bulímica no puede controlar su ingesta y realiza atracones de comida irrefrenables. Ambos casos dan cuenta de una misma temática, que pasa a ser el eje central de sus vidas.

De esta manera, nuestro principal interés, es ampliar nuestros conocimientos sobre los trastornos de la conducta alimentaria, específicamente, la anorexia y la bulimia nerviosa, y de una de las técnicas proyectivas, como lo es el Cuestionario Desiderativo.

Es así como, en nuestra investigación, pretenderemos explorar, mediante las respuestas dadas ante el Cuestionario Desiderativo, ciertas dinámicas internas relacionadas con aspectos del funcionamiento psíquico, que podrían dar cuenta de algunas alteraciones psicopatológicas relacionadas con estos cuadros. Nos centraremos exclusivamente en el sexo femenino, puesto que los trastornos de la conducta alimentaria, son más frecuentes en dicha población. Al respecto, es necesario mencionar que en esto, han afectado los cambios socioculturales que han llevado a la mujer a tener un mayor número de exigencias relacionadas con nuevos roles dentro de la sociedad, que le imponen altas expectativas de logro y mucha presión social. A su vez, existiría una estrecha relación entre la femeneidad y las formas corporales, en el sentido de la asociación de la maternidad, como cualidad inherente a la mujer, que provee de ciertas características morfológicas y funcionales específicas, y la constitución de una identidad de género.

Cabe preguntarse por la incidencia de factores psicológicos, como cierto tipo de vulnerabilidad individual, que predispondrían, con mayor facilidad, a desencadenar este trastorno.

Además, el Cuestionario Desiderativo, se basa en elegir símbolos, los cuales representan los deseos como fantasía desiderativa, y el deseo es un aspecto significativo en los trastornos de la conducta alimentaria: deseo de ser distinta, deseo de llamar la atención, disminución del deseo sexual, deseo de no comer, deseo de comer y no engordar, deseo de incorporar pero no procesar, y deseo de expulsar.

Por lo tanto, creemos importante referirnos al tema del deseo, ya que en la Anorexia y la Bulimia Nerviosa, es el deseo irrefrenable de adelgazar, lo que representaría la actitud de “no necesitar la comida”, de ser independiente de ella, y, en cierto sentido, autosuficiente. Para esto, revisaremos sobre la naturaleza psíquica del desear, relacionándolo con el Cuestionario Desiderativo y los simbolismos.

Para estos propósitos, comenzaremos describiendo la clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria, diferenciando entre los de naturaleza cualitativa y cuantitativa.

Posteriormente, describiremos los criterios diagnósticos de la Anorexia y Bulimia Nerviosa basándonos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV).

Luego, abordaremos la descripción clínica de los cuadros y su etiopatogenia, recalcando que son trastornos que deben de ser abordados desde una perspectiva biopsicosocial, pero que, dada la naturaleza de nuestra investigación, nos centraremos principalmente en el factor psicológico.

Como se mencionó anteriormente, ocuparemos el Cuestionario Desiderativo como instrumento de medición, el cual se considera una técnica proyectiva de psicodiagnóstico. Comenzaremos describiendo las principales características de las pruebas proyectivas, para así, posteriormente, referirnos especialmente al Cuestionario Desiderativo, haciendo mención a sus antecedentes, su fundamentación teórica, la consigna y las condiciones de aplicación e interpretación.

Nuestra orientación teórica se enmarcará dentro del enfoque de la teoría psicoanalítica de Freud, y la psicología psicoanalítica de Melanie Klein, para abordar las características del funcionamiento psíquico, en términos de su desarrollo, relación con realidad y nivel adaptativo. Además se considerarán las vicisitudes de la ansiedad, las

defensas predominantes y las relaciones objetales. Esta elección se fundamenta en la línea teórica adoptada por Celener y Guinzbourg, en su sistematización del Cuestionario Desiderativo.

Creemos que esta investigación es relevante, ya que, en una primera instancia, nos permitirá ahondar en los conocimientos y uso del Cuestionario Desiderativo, del cual no se tienen todavía muchas evidencias empíricas de investigaciones que permitan su diversificación en la práctica clínica. Es por ello que, creemos que es un elemento enriquecedor para la evaluación psicológica, ya que se necesita ir ampliando y mejorando las técnicas de evaluación, permitiendo abrir nuevos horizontes y vías alternativas de conocimiento. Esto viene a representar una de las tareas y deberes del quehacer psicológico.

Es importante señalar, que esta herramienta diagnóstica debe ser empleada como parte de un proceso total de evaluación psicológica, complementando la información obtenida a través de otras técnicas y de la entrevista psicológica.

Un segundo aspecto relevante, se refiere al tratar de comprender las dinámicas psicológicas presentes en las pacientes con Anorexia y Bulimia Nerviosa, cuyo entendimiento puede traer grandes aportes, tanto para el tratamiento psicoterapéutico como para su evolución y pronóstico.

II. ANTECEDENTES TEÓRICOS

1. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN

La clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria, según Hernán Silva (1997), comprende dos grupos: los trastornos cualitativos y los trastornos cuantitativos.

Los trastornos cualitativos se definen como aberraciones alimentarias, que incluirían el mericismo, la bulimia inextinguible con vómitos, la pica y la coprofagia. Por otro lado, los trastornos cuantitativos comprenderían las anomalías por exceso de la ingesta (bulimia nerviosa y potomanía) y por defecto o disminución de la misma (rechazo alimentario y anorexia nerviosa).

1.1 TRASTORNOS CUALITATIVOS DE LA ALIMENTACIÓN

- A) Mericismo o rumiación: Constituye un trastorno de muy baja prevalencia que se presenta entre los 3 y 12 meses de edad y se define por la regurgitación repetida de la comida, con pérdida de peso o incapacidad para ganar el peso esperado, ya que la comida regurgitada es expulsada o nuevamente deglutida. El proceso, al que se le ha atribuido una relación materno-infantil muy alterada, puede remitir espontáneamente, pero tiene una tasa de mortalidad del 25%.
- B) Bulimia inextinguible con vómitos: Se trata de ingerir alimentos y vomitarlos rápidamente. No se tienen datos precisos acerca de su prevalencia ni de la edad más frecuente de aparición.
- C) Trastorno de Pica o alotriofagia: Es un trastorno centrado en la ingesta persistente de sustancias no nutritivas (DSM-IV). Se considera una conducta anormal a partir de los 18 meses de edad y en general, cuando persiste en la infancia, tiende a remitir en la adolescencia. Esta conducta en el adulto puede presentarse en psicosis, retrasos

mentales y síndromes demenciales. Las complicaciones médicas de la pica se relacionan con la naturaleza de lo ingerido.

- D) Coprofagia: Este trastorno se refiere al consumo de excrementos, incluyéndose la orina. Esta conducta puede ir acompañada de un placer por el embutamiento de las heces.

1.2 TRASTORNOS CUANTITATIVOS DE LA ALIMENTACIÓN

- A) Bulimia Nerviosa: Es un trastorno caracterizado fundamentalmente por la presencia de episodios de ingesta voraz de grandes cantidades de comida, en un corto período de tiempo. Esto se acompaña de conductas compensatorias inapropiadas para prevenir el aumento de peso, (principalmente la autoprovocación del vómito y uso de laxantes).
- B) Potomanía: Se refiere a la ingesta excesiva de líquidos, habitualmente agua. Es un trastorno poco frecuente que suele ir ligado a estructuras de personalidad histéricas.
- C) Anorexia Nerviosa: Es un trastorno caracterizado inicialmente por el deseo irrefrenable de delgadez y la consiguiente resistencia a comer. Este elemento nuclear, dará lugar, con el paso del tiempo, a la pérdida progresiva de los deseos de comer y a extravagantes autolimitaciones dietéticas. A pesar de la progresiva pérdida de peso, existe un intenso miedo a engordar.
- D) Rechazo alimentario: es un síntoma que puede presentarse en muchos casos clínicos y en todos los segmentos de edad.

Para los fines y propósitos de nuestra investigación, consideraremos exclusivamente a la Bulimia y Anorexia Nerviosa, para así profundizar y centrar nuestro estudio en ambos trastornos, que son los de mayor relevancia en la actualidad. De esta manera, cuando

hablemos de trastornos de la conducta alimentaria en términos generales, estaremos aludiendo sólo a estos dos trastornos.

2. CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA DE LA ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA.

La clasificación los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), se inició con el establecimiento por parte del DSM-III de cinco categorías diagnósticas: anorexia nerviosa, bulimia, pica, rumiación y una categoría residual denominada trastorno atípico de la conducta alimentaria no especificado. Estas categorías se mantuvieron en el DSM-III-R, con modificaciones en los criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa, introducción del concepto de bulimia nerviosa en sustitución de la bulimia y calificación de la categoría residual como trastorno de la conducta alimentaria no especificado. (Vallejo, 1998).

Han habido discrepancias respecto a calificar los trastornos de alimentación dentro del grupo de trastornos de inicio en la infancia y adolescencia, ya que frecuentemente los trastornos de anorexia nerviosa y sobre todo, los de bulimia nerviosa se inician en la adolescencia tardía y en la vida adulta.

Tomando en cuenta lo anterior, en el DSM-IV, la clasificación de los trastornos de alimentación ha experimentado variaciones, tales como: anular la consideración respecto a los trastornos de inicio en infancia y adolescencia, eliminando de éstos al trastorno de pica y de rumiación; establecen subtipos tanto en la anorexia como en la bulimia nerviosa, y en el trastorno de conducta alimentaria no especificado, se incluye el llamado trastorno por atracción para poder diagnosticar a los comedores compulsivos, cuyas características clínicas difieren de la bulimia nerviosa y desarrollan sobrepeso o franca obesidad, al no usar mecanismos compensatorios.

El DSM-IV clasifica los TCA en:

1. Anorexia Nerviosa

- 1.1. Tipo restrictivo
- 1.2. Tipo compulsivo/purgativo

2. Bulimia Nerviosa

- 2.1. Tipo purgativo
- 2.2 Tipo no purgativo

3. Trastorno de la conducta alimentaria no especificado

- 3.1. Casos parciales atípicos de anorexia nerviosa
- 3.2. Casos parciales atípicos de bulimia nerviosa
- 3.3. Trastorno compulsivo (trastorno por atracón)

Los criterios diagnósticos para la Anorexia Nerviosa en el DSM-IV son:

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla.
- B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera amenorrea cuando las menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales). (Vallejo, op. cit.)

La Anorexia, al igual que el rechazo alimentario, forma parte de muchos cuadros sindrómicos, constituyendo una anorexia secundaria, o bien es el elemento central del trastorno de anorexia nerviosa.

La Bulimia Nerviosa ha tenido un proceso de individuación nosológica, en que ha evolucionado en los criterios diagnósticos de los sistemas clasificatorios.

El DSM-III reconoció la bulimia como un trastorno independiente de la Anorexia Nerviosa, poniendo esto como un criterio diagnóstico. El DSM-III-R sustituyó el nombre de bulimia por bulimia nerviosa, incluyendo en los criterios el empleo regular de maniobras compensatorias y la preocupación persistente por la silueta y el peso.

En el DSM-IV, los criterios diagnósticos son los siguientes:

- A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
 - 1. Ingesta de alimento en poco espacio de tiempo en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
 - 2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento.
- B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno, y ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses.
- D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

En relación a la Anorexia Nerviosa (AN), se afirma que el trastorno bulímico no ocurre exclusivamente durante sus episodios, sino que las pacientes que presentan episodios bulímicos y maniobras compensatorias sólo durante la AN deben diagnosticarse de AN de subtipo compulsivo-purgativo y no como Bulimia Nerviosa. (Vallejo, op. cit.).

Por su parte el CIE 10 clasifica los trastornos de Anorexia y Bulimia Nerviosa, como Trastornos de la conducta alimentaria, dentro de los Trastornos del Comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.

3. DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE LOS CUADROS

3.1 ANOREXIA NERVIOSA

Habitualmente este trastorno se presenta en niñas o adolescentes sin psicopatología previa valorable y sin obesidad acusada, aunque no es infrecuente un discreto sobrepeso o disconformidad con alguna parte de su cuerpo. La conducta restrictiva inicial puede ser espontánea y referida “a la comida que engorda”, (grasas, dulces e hidratos de carbono) o como consecuencia de una dieta prescrita médicamente que la joven paulatinamente deformará o bien se quejará de inapetencia o malestar gástrico. En esta fase del trastorno, la sensación de hambre suele estar rígidamente controlada, aunque, en algunas pacientes, pueden aparecer episodios de descontrol bulímico que las culpabilizan y pueden o no ir seguidos de vómitos autoinducidos, junto con una intensificación de las medidas restrictivas.

Suele ser característico en el cuadro, el despliegue de hiperactividad reflejada tanto en el terreno académico o laboral como en el físico. La conducta alimentaria anormal con pautas dietéticas extravagantes, el interés por la cocina y las dietas de los demás, la persistencia de hiperactividad, la fácil irritabilidad ante reacciones familiares, la pérdida progresiva de la sensación de hambre y sobre todo el deseo irrefrenable de continuar adelgazando, son características de la fase intermedia, en que la mayoría de las pacientes son remitidas a consulta médica. En este período, es también habitual la negación de la enfermedad o reconocimiento de ella con vivencia de incapacidad para superarla y

progresivas alteraciones psicopatológicas, en donde este trastorno de alimentación, se ha convertido en el centro de la vida de la paciente. En la mayoría de los casos en que no se ha conseguido establecer un programa terapéutico, la paciente sigue un curso de desnutrición progresiva que puede desembocar en estados caquéticos con pérdidas ponderales de más del 50% respecto a su peso idóneo y grave riesgo letal. Otras pacientes se estabilizan en pesos inferiores al 20 – 25% del peso idóneo, intentando llevar un ritmo de vida normal, aunque las repercusiones psicológicas y físicas del trastorno limitan considerablemente. La recuperación espontánea en esta fase de la enfermedad es una experiencia clínica anecdótica. (Vallejos, op. cit.).

3.2. BULIMIA NERVIOSA:

Este trastorno suele aparecer al final de la adolescencia o en el inicio de la década de los 20 años de edad, aunque recientemente se observa una mayor frecuencia de aparición en edades más jóvenes.

Las pacientes bulímicas suelen presentarse en la clínica tras un período de latencia desde el inicio de la enfermedad, que no infrecuentemente se extiende durante años. Independientemente de que alrededor del 50% de las pacientes bulímicas, presentan una historia de anorexia nerviosa previa, aproximadamente un 40% de los casos presentaban un mayor o menor sobrepeso antes del inicio del cuadro. En la mayoría de las pacientes bulímicas, el inicio del cuadro se relaciona claramente, al igual que en la AN, con una conducta de dieta, y, establecida ésta, hay una gran variabilidad individual tanto respecto al tiempo que transcurre hasta que la paciente desarrolla los primeros episodios de descontrol, como respecto al inicio de las maniobras compensatorias y el consiguiente desarrollo completo del cuadro clínico.

El estudio de este cuadro clínico, debe completarse con las consideraciones sobre las complicaciones médicas derivadas de esta sintomatología específica, las alteraciones psicopatológicas inespecíficas que con frecuencia aparecen en el transcurso del cuadro o en algunos casos lo preceden, y los trastornos de personalidad que subyacen en muchos casos y son muy determinantes de la evolución a largo plazo del trastorno.

Como el interés central de nuestro estudio guarda relación con los aspectos psicológicos de la AN y BN, sólo mencionaremos las complicaciones médicas de la BN, las cuales son: anomalías del equilibrio hidroelectrolítico, disminución de la densidad mineral ósea, complicaciones gastrointestinales y neurológicas, y trastornos endocrinológicos. (Vallejos, op. cit.).

4. EPIDEMIOLOGÍA

Del total de casos de anorexia, entre un 90 y 95%, son mujeres, y entre el 5 y 10% corresponden a hombres, llegando así a una proporción de 1:10. El riesgo de desarrollar anorexia es de 250 veces más probable en mujeres blancas en edad escolar que en hombres. La edad de inicio es alrededor de los 15 años, por lo que la prevalencia es de 0,5% - 1% en niñas adolescentes. El riesgo de morbilidad entre hermanas, es de 6% - 7%. Recientes investigaciones señalan que la prevalencia de la enfermedad ha aumentado, así como también ha aumentado en jóvenes premenárquicas y en varones. Este incremento podría estar influenciado por una mayor información acerca del tema, lo que facilita el diagnóstico y la derivación.

Se calcula que existe alrededor de un 5% de mujeres jóvenes que presentan algunos síntomas de Anorexia Nerviosa, pero que no cumplen con todos los criterios para diagnosticar la enfermedad. Las últimas investigaciones han erradicado la creencia de que

la Anorexia se da exclusivamente en niveles socioeconómicos medio y alto, viéndose actualmente una globalización de la enfermedad. (Behar, R. en Heerlein, A., 2000).

Respecto a la Bulimia Nerviosa, se ha visto que afecta principalmente a mujeres con un promedio de edad alrededor de los 20 años, sin discriminación por clases sociales. (Behar, R. en Heerlein, A., op. cit.)

Según Hekier y Miller (1996), su aparición es más frecuente en países occidentales; en familias de casos de depresión, alcoholismo y desórdenes de alimentación. Además, tiende a aumentar en ciertos grupos especiales (azafatas, modelos, deportistas, bailarinas, etc.), en los cuales, el aspecto físico juega un rol determinante.

5. ETIOPATOGENIA

La conducta alimentaria normal y sus desviaciones patológicas sólo pueden comprenderse mediante un enfoque biopsicosocial.

5.1. Desde un punto de vista *biológico*, la regulación de la conducta alimentaria del ser humano, se realiza gracias a complejos mecanismos neuroquímicos que aseguran la ocurrencia de los ciclos de hambre y saciedad. Los sistemas de neurotransmisión central (sistemas neurotransmisores) y periférica (el gusto, los péptidos gastrointestinales y vías aferentes vagales), son aspectos cruciales para entender tanto la conducta normal de ingestión de alimentos, como la conducta anormal. Es así como el progreso en la comprensión de los trastornos de la conducta alimentaria, se ha reflejado en el estudio de las alteraciones conductuales tras lesiones cerebrales específicas. Esto mediante el análisis de los mecanismos neuroquímicos responsables del control fisiológico normal y sus posibles desviaciones en las diferentes condiciones clínicas.

5.2. Desde un enfoque *sociocultural*, se afirma que ciertas patologías se darían con mayor frecuencia en determinadas sociedades, como es el caso de los trastornos de conductas alimentarias, que sin duda son, por así decirlo, propios de las sociedades occidentales más desarrolladas (Lofrano, V.H. y Labanca, R.,1995, citado por Montes, C., Memoria para optar a Título de Psicólogo, 2000). En estas sociedades, se goza de mayores índices de desarrollo económico, de mayores niveles de consumo y son las que disponen de mayores cantidades de alimentos también. En ellas, la obesidad se constituye en un valor negativo, mientras que en las sociedades menos desarrolladas, constituye un símbolo de status. (Stierling, H. y Weber. G., 1990 citado en Montes, op. cit.).

Por otro lado, es de importancia señalar la gran difusión que han alcanzado ciertas creencias y valores en torno al cuerpo y la estética personal, lo cual actúa como verdaderas presiones sociales sobre la apariencia física. Los valores estéticos dominantes en la actual cultura occidental son la delgadez y el rechazo al sobrepeso. De esta forma, se genera una mayor preocupación por el peso y la silueta, lo cual facilitaría el apareamiento de una imagen corporal insatisfactoria.

En esto tienen mucha influencia los medios de comunicación, en especial la televisión, los libros y revistas de moda, en donde el prototipo de belleza femenino particularmente, se caracteriza por la delgadez y figuras estilizadas.

5.3. Desde el punto de vista *psicológico*, que es nuestro principal factor de interés, nos centraremos en los planteamientos del enfoque psicodinámico.

En este sentido, desde el punto de visto psicológico, trataremos de hacer una breve alusión a la comprensión dinámica, comprensión genética- evolutiva, y las características generales que se han descrito en el sistema familiar, de ambos trastornos. Comenzaremos con la anorexia nerviosa, y luego la bulimia nerviosa.

5.3.1. ANOREXIA NERVIOSA

Desde una **comprensión psicodinámica**, se intenta explicar los aspectos psíquicos y los dinamismos subyacentes a la sintomatología clínica. De esta manera, la teoría psicoanalítica, postula la anorexia como un rechazo a la sexualidad y un temor a la impregnación oral, relacionado con el instinto de muerte, en el cual no comer representa un verdadero suicidio inconsciente.

Los deseos orales son tan inaceptables que necesitan ser lidiados con el uso de la proyección. El deseo que demanda una representación yoica, es proyectada a los padres. En respuesta a las demandas de los padres por comer, éstos se tornan controladores obsesivos respecto a si la hija está comiendo o no, y, por lo tanto, ellos se convierten en los poseedores del deseo.

Se conceptualiza a la anorexia en una inhabilidad de recibir aspectos buenos de otros, por un deseo incontrolado de poseer. Cualquier acto de recibir comida o amor, los confronta con el hecho de que no pueden poseer lo que desean, por lo tanto, su solución, es no recibir nada de nadie. La paciente envidia los aspectos buenos de la madre, como el amor, la compasión, cuidados básicos, pero, recibirlos, sería como aumentar su envidia. Renunciar a ellos, refuerza la fantasía inconsciente de destruir lo que es envidiado. Esa renuncia de la paciente anoréxica, la hace objeto del deseo de otros, y en su fantasía, el objeto de sus envidias y admiración, porque ellos se hayan impresionados de su autocontrol. La comida simboliza las cualidades positivas de otros que ella desea en sí misma, manifestando que, ser esclava del hambre es preferible antes que desear poseer a la figura materna. (Boris, citado en Gabbard, 1994).

Según Hekier y Miller (1996), la demanda en la paciente anoréxica gira en torno a la aspiración de que el cuerpo desaparezca, para que el deseo como tal subsista. En la negativa

a alimentarse, sostiene su deseo, defiende un derecho que férreamente insiste en pertenecerle. Por lo tanto, la anorexia, en este contexto, es el único modo que la paciente pesquisó para llegar a surgir como un sujeto deseante fuera del deseo de la madre.

Se describe en estas pacientes, un self falso y superficial, construido bajo un vínculo inadecuado con la madre, quien fallaría en brindar un continente eficiente, con el cual la niña no aprende a responder a sus estímulos internos en forma apropiada. El cuerpo es percibido como si en él estuviera una madre introyectada con características de poco comprensiva e intrusiva, por lo que el no comer, tendría el significado inconsciente de evitar el crecimiento de este objeto no deseado y destruirlo. Su estado interno es de permanente rabia y vacío.

Hay en ellas una falta de autonomía y confianza en sí mismas, que las lleva a responder desproporcionalmente frente a las separaciones. El rechazo a la ingesta de alimentos, mediante una estricta autodisciplina, representaría un intento de sentirse una persona única, distinta y especial. Esta pseudo independencia sería una defensa contra sus necesidades simbióticas subyacentes.

Bajo una **comprensión genética - evolutiva**, la Anorexia puede ser entendida principalmente a partir de las relaciones tempranas madre - hija, en que la madre busca resolver sus propias necesidades, sin considerar las de su hija. Esto dificulta la diferenciación de la niña, la cual no recibe respuestas que la validen y afirmen como ser individual, sin poder desarrollar un sentido sano del self. (Gabbard, 1994). Es así como la hija se experimenta a sí misma como una extensión de su madre, careciendo de autonomía. Esto lleva a entender el comportamiento anoréxico como un esfuerzo frenético de ganar la admiración y validación como una persona única y especial, con extraordinarios atributos.

Ella trata de ser perfecta como una forma de confirmarse a sí misma de que su madre no la abandonará. Sin embargo, este rol forzado de la niña, causa resentimiento a través de los años y se produce una rebelión en escalada, en la cual intenta sacar a flote su verdadero self, el cual ha estado largamente dormido y sin desarrollo. Esto lleva a que, principalmente en la adolescencia, se desarrolle la enfermedad como una forma de oposición y negativismo, hacia el control que sintió de los padres y así confirmar su poder.

Según las escuelas de relaciones objetales, las personas que han sido nutridas escasa o insuficientemente en sus primeros años de vida, podrían desarrollar una deficiente cohesión del self, y en situaciones de estrés, fallarían en la integración de los esquemas cognitivos, afectivos y corporales. Esto último las llevaría a relacionarse con los demás como objetos del self, o como extensiones de ella misma. (Behar, R. en Heerlein, 2000).

Considerando las **características del sistema familiar**, se ha visto que las familias de estas pacientes, son aglutinadas; existe una sobrevinculación entre los miembros y son también muy controladores; sobreprotectores y con un estilo rígido en la crianza de los hijos, lo cual impide la intimidad de la paciente. Los conflictos son a menudo negados, dando la apariencia de una familia perfectamente adaptada y feliz. (Behar, R. en Heerlein, op. cit).

Relacionado a esto, Hekier y Miller (1996), afirman que estas familias muestran: negación (no ven lo evidente, por ejemplo, el cuerpo desnutrido de la paciente) o protección del síntoma (“cuando madure se va a curar”). Con su complicidad, se mantiene el síntoma, ya que permite estabilizar patológicamente al grupo familiar.

Además, se puede agregar que la figura del padre, aparece como periférica, ausente física y afectivamente. La madre, por su parte, se presenta ambivalente especialmente con

la paciente, por un lado ansiosa y sobreprotectora, preocupada por el hogar y tolerante, y por otro lado, envidiosa de la delgadez de su hija, competitiva, sin capacidad de contención, inmadura y dependiente de su propia madre. (Behar, R en Heerlein, op.cit).

5.3.2. *BULIMIA NERVIOSA*

Desde una **comprensión psicodinámica**, Mintz (citado en Gabbard, 1994), afirma que el origen del trastorno bulímico, está dado por la necesidad de castigo frente a grandes montos de intensa agresividad inconsciente, dirigida originalmente, hacia las figuras parentales. Este odio es desplazado hacia la comida, la cual es destruida en forma canibalística.

Los padres de las pacientes con este trastorno, frecuentemente refieren a sus hijos como una extensión de ellos mismos, usándolos como objetos para validarse en su rol de padres.

En muchos casos, en las pacientes bulímicas se pueden reflejar los mecanismos de introyección y proyección, en que la ingesta y expulsión de comida, puede manifestar directamente la introyección y proyección de la agresividad o maldad introyectada, es decir, constituiría una actuación, dada la imposibilidad de mentalizar estos impulsos.

Concretamente, se puede apreciar el mecanismo de escisión en el relato de la paciente, por ejemplo, en que las proteínas son vistas como comida buena y sana, la cual es retenida y no purgada. Mientras que los carbohidratos y grasas o dulces son vistos como comida mala o poco sana, la cual es consumida en grandes cantidades, razón por la cual, tiene que acudir a métodos compensatorios para deshacerse de ella. En apariencia, esta estrategia para manejar la agresión puede estar abarcando la expulsión de la maldad, en términos que la purga deja a la paciente con un sentimiento de alivio y bondad. De todas formas, el sentimiento residual, más profundo de bondad, es inestable, porque está basado en la

escisión, negación y en la proyección de la agresión más que la integración de lo malo con lo bueno. (Gabbard, 1994).

Para la escuela de relaciones objetales, el rol de la conducta bulímica es disminuir la tensión reguladora del self y proporcionar intensa estimulación, necesaria para disminuir la angustia y el vacío como consecuencia de una falla en la relación madre – hija en la etapa de individuación, lo cual ocasiona en la persona una necesidad constante de establecer límites en su yo. La falta de una representación simbólica materna en una persona “desnutrida” emocionalmente, la lleva a introyectar y dirigir la rabia hacia sí misma, como sadismo vuelto hacia su cuerpo, que se experimenta como separado y extraño. Las comilonas de las bulímicas, la convierten desde una postura pasivo-receptiva, a una actitud de lucha activa. La purga le permitiría defenderse de la representación de la madre desde un estado simbiótico, reteniendo la madre buena, no ambivalente, que la calma y la acoge mientras permanece pasiva y receptiva. (Behar, R. en Heerlein, op.cit).

Desde una **comprensión genética- evolutiva**, Sugarman (1991, citado en Montes, 2000), enfatiza la importancia de las fallas en la relación temprana madre hijo, que provocaría un déficit en el yo del niño, a partir del fracaso de la constancia objetal, que implica una no resolución de la fase de separación e individuación descrita por Margaret Mahler. El niño, al querer separarse de su madre, es incapaz de evocar automáticamente una representación mental de ella, como forma de lograr mayor calma y consuelo, lo que finalmente lo hace volver constantemente hacia su cuerpo, como experiencia sensorio-motora concreta a través del atracón y el vómito.

Para Parmer (1989, citado en Montes, 2000), el síntoma bulímico aparece en la adolescencia, ya que en ésta etapa resurgirían problemas psicológicos análogos a los de la

etapa de separación- individuación. Estos se centrarían en las dificultades que tiene el niño, en un principio, para poder diferenciar sus operaciones de reducción de la tensión, de las de su madre, debido a los borrosos límites entre el sí mismo y el otro.

Una alteración en este período del desarrollo, tendería a provocar alteraciones en el desarrollo del yo, especialmente sobre la capacidad para mantener representaciones mentales totales y estables del propio ser y de los objetos del ambiente. Estas alteraciones del yo podrían provocar dificultades para tolerar la demora en la gratificación de los impulsos, fomentando así una personalidad impulsiva, como la personalidad Borderline. Si bien la Bulimia, no sería causada por una organización Borderline de la personalidad, el débil desarrollo del yo puede predisponer a un sujeto a padecer síntomas de ésta índole.

La posible falla de los cuidadores primarios repercutiría en que los sujetos bulímicos buscaran activamente lograr una introyección positiva a través del atracón (como representación de la madre), lo cual asustaría al individuo debido a la potencial fusión psicológica y la concomitante pérdida del yo (poco diferenciado), llevándolo a vomitar como forma de aliviar esta sensación de pérdida de límites ante la fusión.

La bulimia nerviosa sería entonces, un intento defensivo por reemplazar simbólicamente a otro mediante la ingesta de alimentos, lo que al mismo tiempo da cuenta de una pérdida de límites. (Patton, C., 1992, citado en Montes, op. cit.).

El **sistema familiar** se caracterizaría por un alto grado de disfuncionalidad, conflictos y desintegración, compuesto por padres cuya propia psicopatología afecta al sistema y en especial a la paciente bulímica. La madre ha sido descrita como hostil y deprimida, y el padre como impulsivo e irritable, con escasa tolerancia a la frustración, a menudo

alcohólico. (Johnson, C., y Madi, K., en Montes 2000, Memoria para optar a título de Psicólogo, UGM).

Otto Dörr (1995, en Montes op. cit.) obtuvo algunas conclusiones interesantes respecto de la estructura familiar de estos pacientes. Para éste autor, el padre es descrito con una personalidad fuerte, excesivamente varonil y erótico, y aparece como una persona ambiciosa, trabajadora y muy exigente, especialmente con su hija bulímica, que si bien es su preferida, ésta es tremendamente exigida a obtener altos rendimientos a todo nivel. La madre ha desarrollado una posición “obscura y pasiva” frente a éste padre, y se destaca como dueña de casa y excelente “guardiana de sus hijos”. Su máxima distracción parece ser la comida y todo lo que se relacione con esto, por lo mismo goza con tener que salir a comprarla. Dörr también relata acerca de la obesidad de ésta madre, respecto de la cual ella es indiferente, no así la hija enferma, que es a quien más le preocupa.

Además, se han observado enormes problemas en los canales de comunicación y en la expresión abierta de emociones y sentimientos, en donde la hostilidad y la agresión jugarían un papel importante, en el sentido de una falta de empatía y comprensión de las necesidades afectivas de los hijos por parte de los padres, con una tendencia a la sobreprotección o rechazo emocional. Esto se traduce básicamente en lazos demasiado estrechos, padres sobre involucrados y muy exigentes con sus hijos, tendiendo a compararlos y a incrementar el grado de tensión entre ellos.

Si la Anorexia y la Bulimia se han convertido en patologías paradigmáticas de nuestro tiempo es porque, predominantemente, nuestra cultura está objetalizada, ya que existe una confusa yuxtaposición entre la necesidad, demanda y deseo, en la que el sujeto es degradado a ser un objeto, reducido a valor de intercambio, que es aquel que cubre el valor de la necesidad, pero que no corresponde al orden del amor. (Hekier y Miller, op.cit).

Ni las pacientes anoréxicas ni las bulímicas, pueden regular sus relaciones interpersonales en forma satisfactoria, por lo que desplazan sus conflictos en las relaciones hacia la comida. Las pacientes anoréxicas mantienen el control de sus sentimientos agresivos hacia los otros, negándose a comer, mientras que las pacientes bulímicas, destruyen simbólicamente e incorporan a los otros mediante los atracones de comida.

CUADRO COMPARATIVO

Características	ANOREXIA	BULIMIA
Impulsos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intentos irrefrenables de un estricto control. ▪ Presencia de un intenso impulso de muerte, llegando a la inanición en forma sado-masoquista. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Débil control de impulsos ▪ La presencia del impulso de muerte se vuelca hacia sí misma en forma sádica y destructiva.
Defensas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proyección: los deseos orales son proyectados a los padres, debido a una incapacidad para recibir aspectos buenos de otros (no pueden poseer lo que desean, por lo tanto, no pueden recibir nada de nadie). ▪ Pseudoindependencia como defensa contra las necesidades simbióticas subyacentes. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desplazamiento: intensa agresividad inconsciente, desplazada desde las figuras parentales. hacia la comida, la cual es destruida de forma canibalística. Esto manifiesta los mecanismos de la proyección e introyección, dada la imposibilidad de mentalizar los impulsos.
Afectos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Altos montos de envidia hacia la madre y fantasía inconsciente de destrucción. ▪ Sentimientos de rabia y vacío (falla en la función continente de la madre). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Altos montos de agresividad y ambivalencia afectiva. ▪ Conducta bulímica para disminuir tensión por los sentimientos de angustia y vacío.
Interpretación de la conducta	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La comida es símbolo de cualidades positivas de otros que ella desea en sí misma, y ser esclava del hambre. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dificultades para tolerar la demora en la gratificación de los impulsos, fomentando una actitud

	es mejor antes que desear a la figura materna.	impulsiva. El atracón sería el acaparar para sí la función materna, y la purga sería el alivio de la sensación de pérdida de límites y temor a la fusión.
Comprensión Genético – Evolutiva	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falla en la función de contención en las relaciones tempranas madre-hija, y la madre no reconoce las necesidades de la hija como diferentes a las de ella. ▪ Dificultades en el logro de la diferenciación y autonomía con respecto a la madre. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falla en la relación madre-hija en la etapa de individuación, dificultando el establecimiento de límites y la representación simbólica de la figura materna. ▪ Dificultades en el logro de la diferenciación y autonomía con respecto a la madre
Comprensión Dinámica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Necesidad de valoración y admiración. ▪ Deseo incontrolable de poseer y de control. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Necesidad de valoración y admiración. ▪ Percepción de una sobre exigencia paterna.
Sistema Familiar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistema familiar caracterizado por aglutinación, sobrevinculación entre los miembros, hipercontrol, sobreprotección, estilo rígido de crianza y negación de conflictos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistema familiar caracterizado por un alto grado de disfuncionalidad, conflictos y desintegración. Problemas en la comunicación, expresión y contención de emociones, especialmente la agresividad.

6. NATURALEZA PSÍQUICA DEL DESEAR

Considerando la importancia que tiene para las pacientes con Anorexia y Bulimia Nerviosa el deseo de adelgazar, creemos que es importante mencionar brevemente algunos aspectos a cerca de la *naturaleza psíquica del desear*. Para esto, tomaremos el punto de vista freudiano, que postula que el deseo sería el motor del aparato psíquico. De éste modo, el niño hambriento, excitado por una necesidad interna, llora, y sólo se calmará con una experiencia de vivencia de satisfacción, que cancela el estímulo interno. Es fundamental en ésta vivencia la aparición de cierta percepción cuya imagen mnémica queda de ahí en adelante, asociada a la huella que dejó en la memoria la excitación producida por la

necesidad. Por lo tanto, cuando el lactante tenga hambre de nuevo, se suscitará esa imagen mnémica de aquella percepción (situación de nutrición) y restablecerá la situación de la primera satisfacción. Una moción de esa índole, es llamado deseo. La reaparición de la percepción es el cumplimiento del deseo.

En un estado primitivo del aparato psíquico, el deseo conlleva a alucinar. Esta primera actividad psíquica apunta a una identidad perceptiva, es decir, a repetir aquella percepción que está enlazada con la satisfacción de la necesidad. Una segunda actividad psíquica es más acorde al fin. La identidad perceptiva no es lo mismo que investir la percepción desde fuera (el alucinar no satisface la necesidad y por lo tanto, ésta perdura). Para que la investidura interior tenga el mismo valor que la exterior, debería de ser mantenida permanentemente, como en la psicosis alucinatorias. Para conseguir dicha satisfacción, se necesita detener la regresión, no más allá de la imagen mnémica, y desde ésta, buscar otro camino que lleve a establecer, desde el mundo exterior, la identidad perceptiva deseada. Esto pasa a activar la motilidad voluntaria para lograr el fin.

La compleja actividad del pensamiento que se engendra desde la imagen mnémica, hasta el establecimiento de la identidad perceptiva por obra del mundo exterior, no es otra cosa que un rodeo para el cumplimiento de deseo, rodeo que la experiencia a hecho necesario. Por lo tanto, el pensar no es sino el sustituto del deseo alucinatorio, y así, se vuelve evidente que el sueño, por ejemplo, es un cumplimiento de deseo, puesto que solamente un deseo puede impulsar a trabajar a nuestro aparato anímico. (Freud, 1923).

En relación a lo anteriormente señalado, Hekier y Miller (1996), afirman que el ser humano, al nacer, se encuentra en un estado de desamparo inicial que hace que su supervivencia dependa exclusivamente de otro. Un otro a quien el niño deberá modular pedidos a través del llanto y del grito para obtener la gratificación de sus necesidades. Pero,

ese otro es un ser parlante, que está inserto en un sistema simbólico y obligará al infante a expresar en significantes sus propias necesidades. Esto representa una exigencia de incorporación al código lingüístico, para que, con los elementos de este código, ponga en palabras aquello que es del orden de las necesidades. Claro está, que las necesidades pueden ser de índole biológica o simbólica, y éstas no son homologables, ya que no toda necesidad puede ser transformada en demanda. En este dilema entre demanda y necesidad, se ubicará el deseo. Los cuadros de anorexia o bulimia, serían “patologías de acto”, en cuanto se centrarían en la dificultad, de las pacientes que la padecen, de poner en palabras el sufrimiento, excluyen la dimensión discursiva y se resumen en una acción bien definida y separable del orden signifiante. La dimensión del acto, (atracción, por ejemplo), inhibe la evocación de lo ausente por su presencia permanente. Es así como la paciente responde al dominio de la necesidad, confunde el registro del deseo con la necesidad y bloquea la dialéctica del deseo.

En resumen, la Bulimia y Anorexia, aparecen como paradigmas de la alteración de la función alimentaria, por la temática del deseo.

7. ANOREXIA Y BULIMIA COMO POSIBLES FORMAS DE PERVERSIÓN

Para los fines de nuestra investigación, creemos que es interesante y enriquecedor, considerar algunas dimensiones y/o aspectos del término perversión, que pudiesen estar relacionadas con los trastornos de la alimentación, específicamente con la Anorexia y Bulimia Nerviosa. En este sentido, mencionaremos algunos aportes teóricos distintos con fines de abocar y aclarar este punto.

Es importante tener en cuenta que hasta hace poco tiempo atrás se buscaba la perversión femenina tomando como punto de vista el patrón masculino y siempre se

encontraban sólo casos aislados de perversión en la mujer, como por ejemplo la prostitución, homosexualidad y mujeres que participan en prácticas sádicas masoquistas. Ahora bien, las autoras Estella Welldon y Louise Kaplan han desarrollado un punto de vista en que se considera que en la mujer se genera una peculiar forma de perversión que se manifiesta en fenómenos autodenigrantes y especialmente en problemas relacionados con la maternidad. Welldon, plantea un original enfoque sobre la perversión femenina señalando que la perversión de la maternidad ocupa un lugar central en el espectro de esta perversión. (Welldon, 1993, en Duhalde y Rider, 1997. Memoria para optar a Título de psicólogo).

Si bien en el psicoanálisis se habla de perversión sólo en relación a la sexualidad, Freud reconoce que existen otras pulsiones además de la sexual. En este sentido, describe el trastorno de la nutrición más bien en la esfera de las pulsiones de la autoconservación (como el hambre), y no usa para ello el término de perversión. Sin embargo, muchos autores lo designan como “perversiones del instinto de nutrición”. Según Freud, tales trastornos se deben a la repercusión de la sexualidad en la función de la alimentación; podría decirse que ésta ha sido pervertida por la sexualidad (Laplanche y Pontalis, 1981).

Es así como para Freud, al plantear su definición de perversión pone énfasis, en un comienzo, en sus manifestaciones clínicas al describirla como una desviación del fin y/o del objeto sexual necesarios para lograr la genitalidad adulta. (Mismo placer sexual genital, con objeto heterosexual).

Melanie Klein, postuló una nueva teoría del desarrollo mental, centrándose en la pulsión de muerte presente en el individuo desde el nacimiento. Si bien Klein es prácticamente la principal representante de la escuela británica, en su obra no postuló directamente una teoría de las perversiones. Sin embargo, con sus formulaciones acerca de

la pulsión de muerte y de su expresión, el sadismo, el concepto de perversión se modifica en forma radical, en cuanto a que las perversiones sexuales pasan a ser perversidades en el sentido de una cierta malignidad, crueldad o destructividad específica de cualquier comportamiento.

Así la perversión tendría más que ver con la expresión de este sadismo en lo sexual o en cualquier otra actividad humana. Como la perversión se origina, para la autora, en etapas muy tempranas del desarrollo, las angustias básicas serían del tipo esquizo-paranoide y de índole más bien psicótica. Este tipo de ansiedades son confusionales y se originan en un momento en que el aparato mental no ha tenido un desarrollo suficiente como para diferenciar el mundo interno del externo, ni el individuo cuenta con una personalidad conformada.

La perversión tiende a verse como un funcionamiento mental en que serían las fantasías inconscientes, que predominan en las relaciones objetales, las que le dan el sello a la perversión. El predominio de las fantasías sádicas producto de un monto innato excesivo de pulsión de muerte podrá dar como resultado un estilo de relación perverso, en el cual el sadismo sea el componente fundamental.

Welldon, en el año 1993, plantea que para el entendimiento de la perversión femenina, es necesario no compararla con la perversión masculina, tal como se ha tendido. Si bien en ambos sexos existe a la base, una relación madre-hijo perturbada (ambos tienden a atacar a la madre); la diferencia está en que los objetos a los que dirigen el acto perverso difieren según el sexo. Es decir, en el hombre el acto está orientado hacia un objeto externo (Ej: en el fetichista y en el masoquista el objeto es la simbolización de la mujer externa), mientras que en las mujeres, el acto está orientado contra sus propios cuerpos o contra

objetos que ellas ven como de su propia creación: sus cuerpos o bebés, que son tratados como objetos parciales.

En cuanto a la definición de perversión para Welldon, ésta implica siempre la participación del cuerpo. Plantea que en general en la definición de perversión, los diversos autores han identificado el cuerpo erróneamente con la anatomía masculina, especialmente con el pene y con la anatomía sexual, al poner énfasis en el orgasmo genital. Incorpora la noción de que la agresión está dirigida hacia la propia corporalidad. Es así como dentro de las perversiones femeninas se podrían considerar las autoagresiones, y entre ellas las automutilaciones, la anorexia y la prostitución como paradigma de la perversión en la mujer. Junto con esto, plantea que cuando el acto perverso está orientado contra su propio bebé como prolongación de sí misma, se genera lo que ella denomina una maternidad perversa. De esta manera, propone que la perversión de la maternidad ocupa un lugar central en el espectro de la perversión femenina y señala que para poder entender a la mujer perversa es necesario tener un conocimiento sobre su madre y sobre la madre de ésta (Welldon, 1993 en Duhalde y Rider op.cit).

En cuanto al cuerpo femenino, Welldon describe la sobrevaloración que se hace de éste y la existencia de una escisión en la mujer entre el cuerpo y la inteligencia, brindándole mucho poder al cuerpo y a la procreación en desmedro del intelecto. De este modo, deja en claro que la femineidad está exclusivamente asociada al cuerpo de la mujer y a sus cualidades reproductivas, lo que deriva en la maternidad. Así para la autora, lo central en la perversión femenina es el uso del cuerpo y sus representaciones mentales como una forma de expresar hostilidad. Las mujeres manifiestan actitudes perversas no sólo a través de sus propios cuerpos sino también hacia ellos en forma autodestructiva, como sería el caso de la anorexia y bulimia nerviosa. A menudo se observan en las mujeres patologías asociadas a

funciones hormonales que afectan el funcionamiento reproductivo entre las cuales podemos señalar los trastornos de alimentación antes mencionados y determinadas formas de automutilación. Estas mujeres experimentan una sensación de poder a través de la manipulación de sus propios cuerpos.

Describe que en la mujer perversa existe una dificultad para disfrutar de la sensación de una identidad propia como sujeto diferenciado de la madre. Esto se debe a que no ha experimentado la libertad de ser ella misma y por lo tanto, no se siente como persona total, sino como parte de su madre. Agrega además, que el individuo perverso cuando fue bebé se convierte en un objeto transicional para la madre, considerándolo como un “juguete” o “cosa”, análogo a las relaciones parciales. Esto genera en la persona perversa gran inseguridad y un intenso odio hacia la madre. Esta persona transmite todo esto a su víctima, o a su propio cuerpo, haciéndole sentir lo mismo que ellos sintieron: ser objetos parciales que satisfacen necesidades y caprichos. La autora describe al individuo perverso, hombre y mujer, como alguien que no es consciente de su odio hacia su madre, sólo se da cuenta de que algo lo domina, pero no entiende porque hace “esas cosas” que lo alivian de la ansiedad y no puede evitar repetir la acción. (Welldon en Duhalde y Rider op.cit).

La perversión en la mujer, radicaría en una dimensión propiamente femenina; la maternidad. En estos casos, el bebé simboliza para la madre su propio cuerpo y la perversión se manifiesta a través de él y hacia él, como en el caso de la anorexia y bulimia nerviosa, negando de alguna manera la existencia del hombre.

8. MARCO TEÓRICO PSICOANALÍTICO: FREUD Y KLEIN

8.1. Los principales postulados de Freud

Freud concibe desde una concepción estructural del aparato mental, un modelo tripartito de la personalidad, dividiéndolo en: Ello, Yo y Superyo. El **Ello**, es la parte más arcaica del aparato psíquico, es totalmente inconsciente y está compuesto por la libido, la pulsión de conservación del yo, la pulsión de muerte que constantemente es neutralizado por la libido y los elementos reprimidos que se mantienen separados del yo por medio de resistencias que se oponen a su aparición en la superficie. Los contenidos del ello incluyen todo lo heredado y lo constitucional. Su única aspiración es dar satisfacción a las necesidades pulsionales conforme a las normas del principio del placer, el cual rige todos sus procesos. Para Freud, se van dando transformaciones a partir de las influencias del mundo exterior, con lo cual se va desarrollando paulatinamente una estructura, a la cual denominó **Yo**, que media entre el ello y la realidad externa.

El **Yo** no es más que una parte del ello modificado por el impacto o la interacción de las pulsiones internas y de los estímulos externos, ubicado en una posición tal que se comporta como receptor de los estímulos que le llegan desde ambos campos. Una parte del yo es consciente, otra preconscious y la otra es inconsciente. (Hernández, P., 1998, en Conceptualización básica del Psicoanálisis, en psicoarchivos clasificados, Internet).

Independiente de la intensidad de las pulsiones instintivas, provenientes del ello, el yo es una instancia fundamental para la mantención del equilibrio psíquico, coordina los impulsos internos para que éstos puedan ser expresados en el mundo externo sin conflictos, rigiéndose por el proceso secundario. El conflicto psíquico estaría dado por una tensión entre las instancias psíquicas (ello, yo y superyo), para lo cual el yo, desarrollaría

mecanismos de defensa para actuar frente a la angustia producida por el conflicto y así disminuir la tensión que le resulta intolerable. (Florenzano, 1997). Cuando existe en el sujeto una oposición de exigencias internas contrarias, aparecería entonces el conflicto intrapsíquico, el cual puede ser manifiesto o latente. Este último, puede expresarse en forma de síntomas, perturbaciones del carácter, etc. Cuando en el ello domina un estado de satisfacción y tranquilidad, y por lo tanto, ningún impulso tiene motivo para invadir al yo, o bien, cuando éstos no son cuestionables, no generan sentimientos de tensión y displacer, avanzando libremente desde el ello hacia el yo, donde se procurará su entrada al aparato motor para que logren su satisfacción. En éstos casos la tarea del yo, se restringe a percibir y poner sus fuerzas a disposición del ello. Otras veces, el paso de los impulsos instintivos de una instancia a otra, es fuente de conflicto.

De esta manera, el yo se definiría como una organización coherente de funciones y procesos mentales principalmente conscientes. (Freud, 1941).

Finalmente, el **Superyo**, como instancia se forma a partir del yo, y en él se prolonga la influencia de los padres a través de la interiorización de las exigencias y prohibiciones. Representa un conjunto de normas morales, éticas y sociales; y actitudes autocríticas, organizadas por la internalización de las imágenes parentales, y por la influencia de sucesores de los padres, como profesores y otras figuras significativas. En la medida que ésta instancia se independiza o se le opone al yo, constituirá una tercera potencia que el yo debe tener en cuenta. (Freud, 1941). Por lo tanto, el yo se puede defender tanto de las pulsiones del ello, como de las prohibiciones del superyo, asociándose ya sea con el ello para dar libre curso al impulso, o con el superyo para prohibirlo.

8.2. Los principales postulados teóricos de Melanie Klein

8.2.1. Fantasía Inconsciente:

Freud, define la fantasía inconsciente como un guión imaginario en el que se haya presente el sujeto y que representa, en forma más o menos deformada por los procesos defensivos, la realización de un deseo, en último término inconsciente. La función de la fantasía sería la escenificación del deseo.

Melanie Klein amplió el concepto de fantasía inconsciente de Freud. Plantea que estas fantasías están siempre presentes y activas en cada individuo. Lo que determina el estado psíquico del sujeto es la naturaleza psíquica de estas fantasías inconscientes y su relación con la realidad externa. Define la fantasía inconsciente como la representación mental de la pulsión y por consiguiente, existen desde el comienzo de la vida. Por definición las pulsiones son buscadoras de objeto y para cada pulsión, habría una fantasía correspondiente. Lo anterior supone un mayor grado de organización psíquica del que postula Freud. (Crear fantasías es función del yo).

Ya al momento de nacer, el niño es capaz de establecer relaciones objetales primitivas en la fantasía y en la realidad. Desde que el niño nace tiene que enfrentarse con el impacto de la realidad y eso continúa con innumerables experiencias de frustración y gratificación de sus deseos. Estas experiencias con la realidad, influyen inmediatamente en la fantasía inconsciente, la que a su vez influye en la percepción o interpretación de la realidad. En este sentido, el objetivo de la fantasía es satisfacer impulsos instintivos prescindiendo de la realidad externa, es un medio de escape de la realidad y una defensa frente a la realidad externa u otras fantasías. De esta manera, las funciones de la fantasía inconsciente serían:

- a) Expresión mental del instinto

b) Defensa frente a la realidad interna y externa (privación).

Todos los impulsos, sentimientos, defensas son experimentados en la fantasía, la cual les da vida mental y muestran su dirección y propósito. La fantasía representa el contenido de las pulsiones o sentimientos de la mente en ese instante. La fantasía inconsciente está ligada a la sensación.

Las fantasías inconscientes, están a la base de cada proceso mental y acompañan toda actividad mental. Estas brotan desde su ocasionamiento biológico y experimentan poco a poco dos tipos de conversión:

- 1- El cambio introducido por el desarrollo de los órganos de percepción a distancia de la realidad externa;
- 2- La emergencia al mundo simbólico de la cultura desde el mundo primario del cuerpo.

De esta forma, se pueden elaborar fantasías para aliviar estados mentales internos por vía de manipulación del cuerpo y sus sensaciones (fantasías masturbatorias), o por vía de fantasía directa. La fantasía es entonces la expresión psíquica de los impulsos instintuales y también de los mecanismos de defensa dirigidos contra impulsos instintuales.

Klein conceptualiza la fantasía como la representación psíquica de instintos biológicos, y como parte de las defensas. Además, propone la actividad de fantasía en las fases pregenitales, desde el nacimiento; en donde existe gran número de fantasías inconscientes que toman forma específica juntamente con la caracterización de zonas corporales particulares. En este sentido, las fantasías inconscientes son inferidas sobre la base del material clínico, ya que no se observan directamente.

Para Isaacs, en 1948, (R. Hinshelwood, 1989), la fantasía es el contenido primario de los procesos psíquicos inconscientes. Por lo tanto, toda actividad psíquica se cumple sobre la base de relaciones fantaseadas con objetos, incluida la actividad de percepción,

fantaseada como una incorporación concreta por medio del aparato perceptual, e incluidos también los pensamientos como objetos.

La fantasía inconsciente, en tanto es la representación psíquica de impulsos instintuales, constituye el fenómeno psicológico que está más cerca de la naturaleza biológica del ser humano. Las fantasías primarias, son innatas, de derivación instintual, y son primariamente inconscientes, como el saber sobre el pezón y la boca, de los que el recién nacido tiene una concepción innata para la succión.

El inconsciente está constituido por relaciones con objetos. Una fantasía inconsciente es una creencia en la actividad de objetos “internos” sentidos en concreto. Una sensación somática fuerza el surgimiento de una experiencia psíquica que es interpretada como una relación con un objeto que desea causar esa sensación, y que es amado u odiado por el sujeto según que el objeto tenga buenas o malas intenciones (según se trate de una sensación placentera o displacentera). Entonces, una sensación displacentera obtiene su representación psíquica como una relación con un objeto “malo” que quiere perjudicar y dañar al sujeto. Esto dentro de un marco del pensamiento primitivo, propio del mundo del bebé.

El niño nace con reflejos propios de su dotación biológica, es algo instintivo, y además “experimenta” estos episodios como uno en el que sus partes participan con un objeto. Por este camino, lo biológico y lo psicológico aparecen fusionados en un solo episodio, por ejemplo en la amamantación, que es una experiencia indiferenciada única de mamar y fantasear. (Issak, 1948, en Hinshelwood, op. cit.).

El aumento de rabia y miedo que experimenta el bebé cuando su hambre no es satisfecha, deriva, desde luego, de respuestas instintivas, pero él lo vive a su modo como la creciente amenaza de un perseguidor cada vez más hostil que consigue atacar su “pancita”

y aumentar más y más su dolor. Esta es una situación temible, y parece que los bebés tienen la capacidad de sentir miedo y rabia desde el comienzo. El contenido de la rabia es justamente esta creencia de que existe algo dentro de él, que con malignidad intenta dañar y destruir. Estas fantasías de miedo son lo más próximo a una manifestación directa del instinto de muerte, que se experimenta como desviado sobre un objeto.

En consecuencia, el infante desde el comienzo se ve asediado por estas situaciones en las que teme ser dañado por algo alojado dentro de él. Por lo tanto, intentará dar pasos para evitar este daño y esta situación. No es mucho lo que puede hacer, y en lo esencial depende de la madre para que le alivie la situación en tanto ella se presente como un objeto “bueno”. No obstante, el infante puede recurrir a ciertas fantasías, que pueden hacer de defensas. En este sentido, y como se dijo anteriormente, la fantasía no es sólo la representación psíquica de un instinto, sino que puede ser elaborada para que represente acciones defensivas frente a la angustia. La fantasía inconsciente del bebé se enlaza con sensaciones corporales y su manipulación le permiten estimular su mundo de fantasía de modo de generar situaciones más tolerables. La externalización del objeto “malo”, con el mecanismo de proyección, y la internalización del objeto “bueno” a través de la introyección, son los mecanismos de defensa prototípicos y están relacionados con procesos en los que unas sustancias atraviesan las fronteras del yo.

El yo está desde el nacimiento expuesto a la polaridad de los instintos. Esto lo hará escindir y proyectar el instinto de muerte en el pecho malo que experimentará como amenazante, “objeto persecutorio”. Parte del instinto de muerte queda en el yo y se convierte en agresión contra los objetos persecutorios. La madre deberá ser objeto de proyección del odio, tolerando ser objeto malo y persecutorio, conteniendo la pulsión de muerte y el odio. Así como también dar satisfacción a la pulsión de vida para una buena

configuración de relaciones objetales. Esto se daría predominantemente en la posición esquizo-paranoide. Después, aproximadamente a los seis meses del niño, se pasa a la posición depresiva, en donde se integra lo bueno y lo malo, y la fantasía ya no guarda un contacto tan estrecho con sensaciones corporales, el mundo interno se empieza a poblar más de objetos simbólicos, a diferencia de los reales y concretos. Sobreviven, no obstante, remanentes de los objetos concretos primitivos y, en ocasiones, se los experimenta como somatizaciones y condiciones psicósomáticas. La angustia se sigue expresando, y aun experimentando, como “mariposas en el estómago”, o la tristeza como “un nudo en la garganta”. (Hinshelwood, 1989).

La fantasía inconsciente posee un carácter omnipotente, en el sentido que el deseo y el impulso, sea de amor u odio, libidinal o destructivo, tienden a ser sentidos como satisfaciéndose realmente a sí mismos, ya sea a través de un objeto interno o externo. Sus propios deseos, impulsos, llenan todo el mundo en el momento que los siente. Sólo lentamente, aprende a distinguir entre deseo y acto, entre hechos externos y sus sentimientos al respecto.

El grado de diferenciación depende del período evolutivo alcanzado y la intensidad del deseo.

El carácter omnipotente de deseos y sentimientos tempranos, se vincula con ideas de Freud sobre la satisfacción alucinatoria en el niño.

Este carácter omnipotente de la fantasía se va perdiendo progresivamente, pudiendo afirmarse que la fantasía permite o facilita la diferenciación yo – mundo del niño, en el sentido que frente a la sensación de hambre, el niño alucinará la sensación del pecho materno, pero no obtendrá gratificación, por lo que se chupará el dedo, lo que ayudará momentáneamente a tolerar la no satisfacción o gratificación. Posteriormente, debido a la

desilusión de la alucinación, su reacción será llorar y realizar los movimientos adecuados para esperar el pezón, lo cual representa el primer impulso a la adaptación de la realidad y de la percepción del mundo externo, cuando capta que no se puede autosatisfacer, que el hambre no se satisface al alucinar el pecho y que depende del mundo externo. Es así como capta que es distinto al mundo, que el mundo o la madre no son una prolongación suya, y deja de ser autoerótico y por ende, la fantasía va perdiendo su carácter de omnipotente.

El mundo externo fuerza al niño a prestarle atención desde temprano y lo hace en forma continua. De este modo, tanto la fantasía como la prueba de realidad, se encuentran presentes desde los primeros días.

La primera búsqueda del pecho, el movimiento de las manos para alcanzarlo, se desvían gradualmente hacia otros objetos, las manos y ojos lentamente se independizan de la boca como instrumento de exploración y conocimiento del mundo externo. Esto significa que los objetos que el niño toca, manipula y explora, están investidos de libido oral. Si en algún estadio el niño fuera completamente autoerótico, nunca podría aprender. La percepción y la inteligencia extraen de esta fuente de libido su existencia y desarrollo. La mano y el ojo conservan un significado oral durante toda la vida, en la fantasía inconsciente y a menudo en la metáfora consciente.

8.2.2. La relación entre la fantasía inconsciente según los postulados kleinianos y freudianos.

Freud define el cumplimiento alucinatorio de deseo como la actividad mental del infante en este estado de frustración. Klein modifica tal concepción, y sostiene que es un acompañamiento continuo de la actividad del niño en todo momento. Así, la teoría de Klein de la fantasía inconsciente significa una radical extensión de la teoría de Freud, quien

sostiene que las fantasías son gratificaciones sustitutivas de impulsos instintuales que no encuentran satisfacción. Al acumularse la frustración y la tensión, la energía se descarga en sentido retrocedente, en dirección a la memoria y al aparato perceptual, y no en sentido progrediente hacia la descarga muscular y la acción. Entonces, la fantasía entra en juego sólo cuando la satisfacción no sobreviene; lo cual, es un punto de vista mucho más restringido que el de Klein.

Klein describió una vida de fantasía extraordinaria, que de hecho acompaña la conducta orientada hacia la realidad. Elementos simbólicos de juego y escenificación expresan toda clase de relaciones entre las más diversas variedades de objetos y personas.

8.2.3. Fantasía Inconsciente y desarrollo: la formación de los símbolos.

Freud, sostiene que las pulsiones humanas se singularizan por lo modificables; en consecuencia, prohibiciones sociales y superyoicas pueden hacer que la energía psíquica derivada de ellos no se vuelque en satisfacciones corporales directas, sino que se conviertan en dirección a metas sociales: es el proceso de la sublimación. Según el autor, en la memoria hay dos clases de representaciones: el recuerdo de una cosa (o experiencia) y el recuerdo de su nombre (o designación verbal). De esta manera, el rasgo clave del preconscious (las representaciones – palabras) lo distinguía del inconsciente (las representaciones – cosa, solamente). Se diferenciaba entre la cosa y su símbolo verbal.

Klein, se apoya en las palabras, pero además lo completa con el juego simbólico de los niños, considerándolo un equivalente de los sueños. Para ella, desde los estadios más tempranos, el infante empieza a buscar símbolos, y lo hace para aliviarse de experiencias penosas.

Los objetos primordiales son objetos dados por una experiencia o fantasía inconsciente de un objeto concreto localizado en el interior del cuerpo. Este objeto tiene sus propios motivos e intenciones hacia el yo y hacia otros objetos. Este objeto primordial depende de la vivencia del objeto externo, como espejos de la realidad y al mismo tiempo, plasman la experiencia y percepción que se tiene de esos mismos objetos externos. Así los objetos primordiales derivan de las primeras experiencias del infante y la interpretación que este hace de sus sensaciones corporales, ya sean placenteras o displacenteras. Por ejemplo, un bebé con hambre, experimentará las sensaciones displacenteras en su estómago, lo que alcanzará una representación psíquica de la sensación de un objeto malévolo alojado de manera real y concreta en su estómago. En esta posición primitiva, las fantasías sobre los contenidos corporales, hacen de sensaciones corporales primarias reales, lo que luego se desplazará a objetos que nos son materiales ni corporales (símbolos).

Los conflictos y persecuciones que los objetos primordiales, (ej. el cuerpo de la madre), desatan en la fantasía, dan lugar a la búsqueda de relaciones nuevas, exentas de conflictos, con objetos sustitutos (símbolos). No obstante, estos conflictos tienden a continuar, y frecuentemente afectan la relación con el objeto sustitutivo (el símbolo), lo que llegado el caso promueve una nueva búsqueda de otro sustituto. La sustitución de un objeto por otro se convierte en una formación de símbolo en el sentido estricto cuando un objeto físico que procura una satisfacción somática directa es sustituido, en el supuesto de una común aceptación social, por un objeto no material de satisfacción.

Los símbolos son un recurso primario del yo para expresar, en un momento dado, y tanto interna como externamente, la actividad de fantasía inconsciente. De esta manera, Klein mostraba que los símbolos, en su condición de sustitutos, forman una estrategia defensiva; y el análisis del proceso de simbolización es un análisis de las defensas. Los

símbolos representan una expresividad creativa primaria y también una defensa frente a la angustia.

La capacidad de vivir un mundo de símbolos alejado del mundo de los objetos físicos y biológicos es el rasgo distintivo del desarrollo humano, y la capacidad de pasar a objetos sustitutivos nuevos (símbolos) es una escapatoria de la angustia, pero es también un avance evolutivo.

Mecanismos como la introyección y la identificación, tienen por resultado que el yo adquiera nuevas habilidades y atributos. Como todos los demás procesos mentales, estas introyecciones e identificaciones están también representadas por fantasías, de incorporación y asimilación, que forman la base de mecanismos de defensa e impulsos orales primitivos. Por lo tanto, fantasías inconscientes de incorporación o expulsión influyen sobre la experiencia de lo que el sujeto contiene, y de aquello con lo cual se identifica, y a lo cual se llega a asemejar. En este sentido, la fantasía se presenta como una realidad efectiva, y de hecho sus consecuencias son bien reales. La fantasía inconsciente así entendida es omnipotente, es decir, se experimentan con carácter de realidad absoluta.

Las fantasías sobre los contenidos corporales hacen las veces de sensaciones corporales primarias reales. Después, el infante emerge al mundo social de símbolos, en el cual las fantasías se componen de objetos que no son corporales y tampoco materiales. El movimiento que va desde la experiencia de un objeto que se siente en concreto, y que se construye en la fantasía inconsciente, hasta un objeto simbólico no físico, es un paso evolutivo rector; representa el abandono de las formas idiosincráticas e innatas de representación, que discurren con arreglo a la fantasía inconsciente, para revestir con los significados correspondientes unos objetos que son ofrecidos socialmente: los símbolos.

Este movimiento supone otro cambio: de la omnipotencia de la fantasía a un reconocimiento del objeto en tanto es separado y diferente de la cosa simbolizada. Una forma particular de simbolismo es en la que se produce una ecuación del símbolo con la cosa simbolizada, y en consecuencia el símbolo es tratado como si fuera en verdad el original, se hacen equivalentes al objeto, perdiéndose el “como si” del símbolo. Entonces, llamaremos “representación simbólica”, al mecanismo por el cual el símbolo es puesto en el lugar donde estuvo el original, pero sin que se pierda la diferencia real del símbolo, su rasgo definitorio es que se reconocen al símbolo sus propias características, distintas de lo simbolizado; y “ecuación simbólica”, será cuando el símbolo no se distingue y se cree que ese objeto ES la cosa simbolizada. En éste último caso, puede haber un empleo masivo y patológico de la identificación proyectiva. Sería una perturbación en la relación entre el yo y el objeto, en que partes del yo y de los objetos internos se proyectan dentro de un objeto (externo) con el que se las identifica. La diferenciación entre el self y el objeto se difumina, y el yo se confunde con el objeto. El símbolo, que es una creación y una función del yo, pasa a confundirse con el objeto simbolizado. Por lo tanto, el término “ecuación simbólica” se aplica a una fusión defensiva de self y objeto, y de objeto y símbolo: una fusión producida por una identificación proyectiva patológica. En ésta, el símbolo se confunde y se *convierte* en el original, y atrae los mismos conflictos e inhibiciones que el original a causa de la fusión del self y del objeto.

Las identificaciones omnipotentes disminuyen con el progreso hacia la posición depresiva y hacia el reconocimiento de un objeto total. A medida que esto ocurre, se experimentan los objetos con sus cualidades propias, y se reconoce que *hacen las veces de otro objeto* que tiene propiedades y atributos por entero diferentes. El movimiento que aleja de las ecuaciones simbólicas en dirección a la representación simbólica sobreviene con la

posición depresiva y la creciente percatación de la diferencia entre los mundos interno y externo. Es un proceso que supone abandonar los objetos externos y, por lo tanto, de duelo por su pérdida. (Hinshelwood, op. cit.).

8.2.4. Mundo interno

El mundo interno para Klein es fundamentalmente inconsciente, y viene a reemplazar el inconsciente de Freud. Este mundo interno está fundado a partir de la fantasía inconsciente, la cual, como ya se ha mencionado, es un proceso determinado en forma importante por los instintos o pulsiones. Esta fantasía, en un primer momento, es directamente la representación mental del instinto, pero luego, a medida que el aparato mental se va desarrollando, ella se modela por la realidad, experiencia, biografía, etc. Ya no sólo es creada, puesto que se va alimentando con hechos.

Este mundo interno es un mundo de objetos, de relaciones del self con el objeto, y de relaciones entre objetos.

Mientras más primitivo sea este mundo interno, será más definido por un estilo de funcionamiento más psicótico, donde los objetos son más parciales. En cambio, a medida que el aparato mental logra un mayor desarrollo, estos objetos pasan a ser más totales.

Los objetos internos denotan una experiencia o fantasía inconsciente de un objeto concreto que tiene sus propios motivos e intenciones hacia el yo y hacia otros objetos. Existen dentro del yo, y con un grado mayor o menor de identificación con este. La experiencia del objeto interno depende profundamente de la vivencia del objeto externo; entonces los objetos internos son, por así decir, espejos de la realidad. Pero también plasman de manera significativa, por vía de proyección, la experiencia y percepción que se tiene de esos mismos objetos externos.

La experiencia que el sujeto tiene de un objeto situado en su interior le proporciona un sentido de existencia e identidad. Nuestras relaciones con objetos comprenden aquello que somos.

Los objetos son personas, que al principio son representados en forma primitiva por el pecho materno, genitales, partes de la madre que son tratadas como persona. Esta concepción de objeto es más antropológica que la de Freud, que es más biológica.

Para Freud, sólo el superyo es un objeto introyectado e interno. Para Klein, además, del superyo, existen otros objetos, a los cuales se les puede adscribir distintas características, como terroríficas, fantásticas, bondadosas, etc. A la vez, existen objetos internos múltiples, por ejemplo, los dos lados del superyo: el que maltrata y el que ayuda; expresados en la forma de objetos diferentes, y por otra parte, la consideración de los objetos que provienen de los distintos niveles libidinales (oral, anal y genital). Esto conlleva a una concepción del mundo interno “poblado” por un gran número de objetos variados, que derivaban del ambiente real y de la historia del infante.

8.2.5. Las Fantasías Inconscientes y su relación con los objetos internos

La fantasía inconsciente sobre los contenidos internos corporales son extraordinarios, ya que por lo general, los objetos internos no son “representaciones”, como pueden serlo en los recuerdos o en las fantasías conscientes (sueños diurnos). Se los siente constitutivos de la sustancia del cuerpo y de la psique.

El objeto internalizado se percibe por lo común, aunque no siempre, como perteneciente al yo. En cuanto a los límites del yo, lo normal es que los objetos se sientan como propios de aquel (el yo se identifica con ellos). Pero pueden residir en el yo como objetos ajenos.

El objeto es ante todo un objeto emocional, porque brota de las sensaciones de placer o de dolor del infante. Esas sensaciones son corporales, y por lo tanto el infante experimenta estos objetos como entidades reales concretas, tan concretas como su propio cuerpo: las sensaciones existen y, en consecuencia, han de existir también los objetos que las causan. La fantasía es omnipotente y produce resultados reales en el yo, que lo modifican y constituyen la base de su desarrollo.

En el curso del desarrollo ulterior, a este nivel primero y concretísimo de la fantasía se superpone el mundo de las representaciones de objeto y de self, aunque nunca llega a remplazarlo. El mundo concreto del objeto interno persiste como una roca de base de la personalidad, que aflora en los sueños, el delirio, la alucinación, la hipocondría y esos estados de ilusión determinados por las preferencias.

La experiencia del cuerpo, con el desarrollo de los receptores a distancia, aprovecha las posibilidades de una apreciación más objetiva. Su resultado es lo que después se denomina “representaciones” mentales de objetos internos y externos. Éstas obedecen a una capacidad que el infante adquiere en su desarrollo. Sobreviene después la sustitución del objeto primario por otros objetos, y así nos encontramos con que la omnipotencia de la fantasía (en donde sólo basta “desear” para lograr la satisfacción), cede paso al desarrollo de la **formación de símbolos**, en donde no basta el desear, sino que el niño debe mencionar por ejemplo; las primeras palabras. Este progreso fue esbozado por Money-Kyrle (1968, en Hinshelwood, op. cit.), distinguiendo tres etapas: 1) la creencia concreta en un objeto con presencia física; 2) la representación de un objeto en la mente y la memoria, como en los sueños; y 3) una representación simbólica en palabras u otros símbolos. La progresión por estos pasos coincide con la marcha del sujeto hacia la posición depresiva y con el recorrido de esta.

En la edad adulta se distingue entre objetos internos introyectados y representaciones, como una diferencia de cualidad en la vivencia de sí y de la propia actividad mental.

El mundo interno se plantea como una situación dramática que mantiene una interacción continua con el mundo externo por vía de introyección y proyección. Aquí es importante insertar el concepto de “posición” introducido por Klein, que se define como una constelación de angustias, defensas e impulsos. Describe dos posiciones fundamentales, la esquizoparanoide y la depresiva. La primera se caracteriza por un estado más temprano de la psique, con angustia de tipo persecutoria y el establecimiento de relaciones parciales. Sus procesos fundamentales son la escisión y proyección, lo que tiene por consecuencia, cierta fragmentación del self. La segunda, se caracteriza por la angustia de tipo depresiva y el establecimiento de relaciones totales, dado una mayor integración del odio y el amor hacia el objeto. Sus procesos fundamentales son la culpa y la reparación.

Su postura es que la idea de fases o etapas del desarrollo, no son del todo precisas, ya que no se presentan bien deslindadas sino que se superponen y fluctúan.

El término posición, describe la postura característica que el yo adopta con respecto a sus objetos. Intenta comunicar un proceso de fluctuaciones entre una posición y otra mucho más flexible del que normalmente se concibe cuando se habla de regresión a puntos de fijación en las fases evolutivas; y la importancia de las relaciones.

El proceso de maduración depende por entero de la modificación de la angustia, y esto es algo facilitado por el ambiente, que funciona como un contenedor de angustia. Así, la desesperación del infante a causa de su angustia encuentra una madre que es capaz de satisfacer sus necesidades y que además, puede seguir tolerando la angustia del infante, lo que a él le resulta imposible. El resultado es un infante que tiene la oportunidad de introyectar un objeto capaz de tolerar y explicar la angustia.

A la inversa, un ambiente que no actúe satisfaciendo una necesidad, o que no tolere la angustia del infante, tendrá sobre éste un efecto destructor. La única opción en ese caso será introyectar un objeto que no sólo no explica sino que suma elementos a lo inexplicable. El infante sufre entonces una angustia agudizada de una clase especial, denominada por Bion: “terror sin nombre”. (Hinshelwood, op. cit.).

8.2.6. Estructura Mental

La concepción kleiniana de la estructura normal de la personalidad está referida a la población de objetos internos. Heinmann, (1942, 1952, en Hinshelwood, op. cit.) refirió la estructuración de este mundo interno en función del grado de asimilación, o falta de asimilación, de objetos en el yo. En la condición normal, existe una estructura fluida de la personalidad en que el self se encuentra en relación con sus objetos internos, y se identifica con ellos por periodos más o menos breves o prolongados, según resulte realista dadas la circunstancia y la oportunidad del mundo externo.

Klein parte del hecho de que una de las primeras tareas emocionales del bebé a resolver, es poder controlar los derivados de la pulsión de muerte, lo cual se logra a través de cierto manejo de ésta y de la proyección del odio al exterior (madre). No hay que olvidar que Klein considera que la manera de relacionarse de un bebé está siempre determinado por dos factores: un factor constitucional (monto de agresividad constitucional, predominio de la pulsión de muerte sobre la libidinal) y otro biográfico, experiencial, en donde la capacidad de la madre de recibir y contener esta pulsión destructiva del niño, facilitará en el bebé, el logro del equilibrio entre la pulsión de vida y de muerte.

Klein postula que existen relaciones objetales desde el nacimiento. Estas relaciones derivan de la aptitud innata del infante para interpretar sus sensaciones corporales: objetos

buenos que quieren causar sensaciones placenteras, gustosas; objetos malos que quieren causar sensaciones displacenteras. Sostiene que procesos introyectivos están activos desde el nacimiento, en que el yo introyecta objetos “buenos” y “malos”, y para unos y otros, el pecho de la madre es el prototipo. En este sentido, la introyección y consecución de un objeto “bueno” en el interior del yo es una defensa frente al instinto de muerte. Por el proceso de incorporación, se instala en el yo también, imágenes fantásticamente distorsionadas de los objetos reales en los cuales se basan, denominados objetos “malos”. Muy pronto, además, el yo trata de defenderse de perseguidores internalizados, por el proceso de expulsión y de proyección. (Klein, 1935, en Hinshelwood, op. cit.).

La posición esquizo-paranoide y la posición depresiva son fases del desarrollo, subdivisiones de la etapa oral, ocupando la primera los tres o cuatro primeros meses y siendo seguida por la última en la segunda mitad del año.

La posición esquizo-paranoide se caracteriza porque el bebé no reconoce “personas”, sino que se relaciona con objetos parciales, y por el predominio de la ansiedad paranoide y de procesos de escisión.

En esta posición, el mundo interno, tanto los objetos como el yo, están divididos y pueden resultar fragmentados, y la preocupación del yo es formar una integración de los diversos objetos- partes y de las partes del self.

Cuando se comienza la posición depresiva, la estructura de personalidad se altera de manera radical y se vuelve más integrada, con un objeto bueno en el núcleo del yo. Ese objeto bueno puede resultar dañado o muerto, y está en relación con objetos que ayudan o que arruinan, y que pueblan los mundos interno y externo. Esta estructura más integrada, que depende menos que en la posición esquizo-paranoide de la dispersión del mundo interno en objetos externos, constituye una frontera del yo más consistente y da lugar a un

sentimiento de identidad y de los contenidos del self más realista y, en consecuencia, estable.

En relación con todo lo anterior, vamos a destacar algunos aspectos del desarrollo psicológico según lo postulado por Klein y según los fines de nuestra investigación.

- 1) **El principio de realidad** está determinado, en cuanto el infante alcance un desarrollo neurológico tal que le permita alcanzar un punto en que los receptores puedan empezar a distinguir la realidad de los objetos externos. Esto sucede entre el quinto y sexto mes de vida, para lo cual se necesita una considerable maduración psicológica a fin de que las angustias depresivas se puedan tolerar lo suficiente con miras a un ulterior proceso de maduración que depende de la elaboración del mundo interno. La capacidad de relacionarse con un objeto total supone renunciar a proyecciones e introyecciones omnipotentes que distorsionan la percepción. Esta aptitud para tolerar la ambivalencia es un prerrequisito para el desarrollo del principio de realidad.
- 2) **El desarrollo de las relaciones objetales**, va íntimamente ligado al paso por las posiciones esquizo-paranoides y depresivas. En la posición esquizo paranoide, el yo inicial tiene que administrar estados intensos de persecución y el miedo de aniquilación desde adentro y desde afuera. Para esto se vale de un proceso introyectivo importante (del objeto bueno contenedor) y proyectivo, externalizando los objetos malos para preservar los buenos de su inminente maldad y hostilidad. Esto posibilita al infante recuperar la sensación de plenitud y bondad dentro de las fronteras de su yo, pero este primer paso del desarrollo se consume poco a poco, cayendo varias veces en un círculo vicioso de proyecciones e introyecciones. En la posición depresiva, el objeto bueno, que hasta ese momento se ha experimentado sólo como parte de la madre (el pecho), y que se controlaba de manera omnipotente por medio de mecanismos primitivos, se llega a

experimentar por fin como un todo que tiene aspectos buenos y malos. La maduración física del sistema nervioso y de la percepción se enlaza con el desarrollo de fantasías buenas. El objeto bueno se percibe ahora dañado o contaminado por el malo (o por los malos sentimientos del yo dirigidos hacia los elementos malos del objeto total) y parece ser bueno sólo en parte. Objetos buenos se absorben ahora con ímpetu o se los mantiene adentro para dar sustento al estado interno del yo cuando aumenta la angustia por el estado del objeto interno bueno. La introyección cobra relieve, con una mayor percatación del mundo interno y su discriminación respecto del mundo externo. El desarrollo que la posición depresiva representa un cambio en el equilibrio entre identificaciones introyectivas y proyectivas, a favor de las primeras. Se abandona poco a poco la identificación proyectiva omnipotente (patológica), que es característica de la posición esquizo-paranoide. La adquisición de objetos nuevos y su introyección, produce un mundo interno cada vez más rico, con más objetos internos que dan oportunidades de identificación y de asimilación. Un objeto interno identificado con el Yo, trae consigo las habilidades y atributos del objeto, que a partir de entonces quedan a disposición del yo que puede identificarse con un papel en el mundo externo real y ponerlo en práctica.

- 3) **La secuencia de las situaciones de angustia** en Klein, hace énfasis en las etapas más primitivas y consecuentemente con las angustias más tempranas, tales como las que giran en torno a la aniquilación, terror paranoide, pérdida del objeto amado, miedos neuróticos, y no sólo a las que giran en torno al complejo de edipo, angustia de castración y envidia del pene. El desarrollo hace que estas situaciones de angustia tempranas evolucionen a dichas angustias posteriores, clásicamente consideradas (angustia depresiva, culpa y temor por la supervivencia del objeto amado, que se cree

haber dañado, con la consecuente necesidad de reparación. Esta se relaciona sobretudo con la preservación de los objetos buenos internalizados con los cuales el yo se identifica como un todo). El movimiento entre la angustia persecutoria y la depresiva no es un cambio repentino que se realice de una sola vez, de la persecución a la culpa, sino un cambio gradual con muchos vaivenes, desde una persecución a una forma persecutoria de culpa, y finalmente a una forma de culpa que admita reparación.

Existen varios factores que influyen sobre el ritmo del desarrollo: los objetos externos, los factores constitucionales que interviene en el desarrollo del yo, y en particular la interferencia que causan los potentes impulsos agresivos. Estos factores tiene variados efectos, como por ejemplo la *inhibición del desarrollo*, en donde Klein demostró que impulsos sádicos podían inhibir o detener gravemente el desarrollo cognitivo. Expuso la manera en que los miedos de agresión impedían el avance de las fases de la libido. Klein da gran importancia a las fantasías sádicas, y a diferencia de Freud, ya no considera el Sadismo como un componente de la libido, sino como un instinto en si mismo, innato, homologándolo al instinto de muerte de Freud, pero con la salvedad de que éste no permanece clínicamente mudo, sino que se manifiesta clínicamente a través de la vida de fantasía sádica, observada por ella en los niños. Otro efecto, es el desarrollo en función de la culpa, en donde la reparación que deriva de la culpa y del amor constituye el resultado creador más fecundo. El objeto bueno se restaura adentro y el mundo interno queda mejor ordenado. Cuando la fe y la confianza del niño en su capacidad de amor, en sus poderes reparadores y cuando la integración y seguridad de su mundo interno bueno aumentan, disminuye la omnipotencia maniaca y también cede la índole obsesiva de los impulsos dirigidos a la reparación. Esto en general, significa que la neurosis infantil ha pasado. Por último, otro efecto, sería la

búsqueda de objetos nuevos, con los que se pueda mantener una relación menos conflictiva. Procesos de ésta clase difunden los impulsos, disminuyen la intensidad de cada uno de ellos, y conducen a una expansión de las relaciones objetales. De este modo la angustia depresiva concurre al afán de sustitutos. En una forma diferente de huida de sus relaciones objetales perturbadas, el yo se va empujado desde los impulsos pregenitales hacia los genitales, con su concomitante refuerzo de los impulsos amorosos. En este paso hacia objetos nuevos es importante el proceso de sustitución de los objetos originales por símbolos; lo cual conduce a la gigantesca expansión del mundo simbólico civilizado, con la apertura de nuevas búsquedas y relaciones simbólicas.

- 4) **Mecanismos de Defensa:** Klein postula distintos tipos de defensa en relación a los tipos de angustia. Así, los mecanismos más primitivos (o psicóticos) se organizan para combatir angustias que derivan de la actividad del instinto de muerte; se los debe distinguir de las defensas neuróticas, en particular la represión, que combaten la libido. Determinan el carácter de las posiciones e incluyen desmentida, escisión, formas excesivas de proyección e introyección, identificaciones e idealización. Tienen un relieve especial porque caracterizan las fases más tempranas del desarrollo, y ocupan el periodo que se suele considerar como la fase sin objetos del narcisismo primario (Abraham). Define los mecanismos de defensa primitivos como defensas principales contra el sadismo y la destructividad, afectando el carácter de las relaciones objetales y definiendo los rasgos básicos de la identidad.

Las dos formas de angustia psicótica, la depresiva y la persecutoria, suscitan diferentes conjuntos de defensas cuyos componentes son los mecanismos de defensa primitivos. Los más tempranos (dirigidos contra una angustia persecutoria) incluyen la

aniquilación de perseguidores, la expulsión (proyección, incluida la identificación proyectiva), la desmentida, el refugio en el objeto bueno, y la escisión. En la posición depresiva, son características las defensas maníacas: omnipotencia, desmentida, triunfo y control despreciativo.

La *omnipotencia* es una de las características más importantes de los mecanismos de defensa primitivos, dando lugar a cambios importantes en la estructura de la psique y de la personalidad. Estos mecanismos se conectan con la operación de fantasías primitivas e inconscientes acerca de los contenidos del self y del mundo externo, por vía de la desmentida, proyección e introyección.

La *desmentida*, es un mecanismo importante como parte de la idealización. Pero tiene también su función independiente. En las etapas iniciales del yo, representa la fantasía de aniquilar percepciones y partes del yo.

La *escisión*, puede tener distintas formas de conceptualizarse. Es un mecanismo con por lo menos dos especificaciones: i) con respecto a una escisión del objeto, o del yo, ii) y la escisión como coherente, por ejemplo, segregar lo bueno de lo malo, es decir, entre objeto bueno y objeto malo, y entre yo bueno y yo malo; o escisión fragmentante (en este caso no se trata de una división nítida del objeto en bueno y malo, sino que existe una escisión múltiple, como un intento defensivo, en la fantasía, de remover un objeto temido fragmentándolo en trozos, teniendo por resultado que el yo se parta en un número de trozos correspondientes a las del objeto, siendo esta última el origen del miedo de aniquilación del yo). En relación a esto último, la deflexión del instinto de muerte implica la escisión entre la parte que se siente conteniendo los impulsos destructivos y la parte que se siente conteniendo la libido.

En este sentido, la escisión del objeto es la defensa más primitiva contra la angustia; el objeto al que tienden las pulsiones eróticas y destructivas es escindido en un objeto bueno y un objeto malo, que entonces seguirán destinos relativamente independientes dentro del juego de proyecciones e introyecciones. La escisión del objeto interviene especialmente en la posición esquizo-paranoide, en la que afecta a objetos parciales. Vuelve a encontrarse en la posición depresiva, afectando entonces al objeto total. Esta se realiza en una primera instancia para hacer que los objetos se vean como objetos parte, enteramente buenos o enteramente malos, como una defensa paranoide frente a la angustia depresiva. En este sentido, a menudo se produce una escisión arbitraria del objeto para evitar la confluencia del odio con el amor, lo que protege frente al temor de haber perdido al objeto irreparablemente. La escisión en la posición depresiva debe dar paso a una modificación progresiva de la angustia depresiva y conllevar a una experiencia de reparación, con la concomitante tolerancia de la pérdida y de la culpa, y al mismo tiempo, la sensación de que no todo se ha perdido.

La escisión de los objetos se acompaña de una escisión correspondiente del yo, en un yo bueno y en un yo malo, por cuanto, para la escuela kleiniana, el yo está constituido esencialmente por la introyección de los objetos. (Laplanche y Pontalis, op. cit.)

El yo es incapaz de dividir el objeto sin que una división correspondiente se produzca en el interior del yo. (Klein, 1946, en Hinshelwood, op.cit.).

La *proyección* denota la externalización de un conflicto interno o la externalización de un objeto terriblemente hostil, como resultado de lo cual la agresión se vuelve hacia fuera. Sería una operación por medio de la cual el sujeto expulsa de sí y

localiza en el otro (persona o cosas) cualidades, sentimientos, deseos, incluso objetos que no reconoce o que rechaza en si mismo.

La *introyección* es un proceso que implica que el sujeto hace pasar, en forma fantaseada del “afuera” al “adentro” objetos y cualidades inherentes a estos objetos. Para Klein la introyección significa una fantasía inconsciente utilizada por el propósito de defenderse de ciertas experiencias de angustia ante el mundo interno que se percibe como aterrador. Si en la fantasía se cree que el mundo interno contiene objetos muy malos o persecutorios, que amenazan con poner en peligro al yo, una fantasía es la de internalizar el objeto externo bueno. No obstante, el miedo de los perseguidores que están adentro puede hacer que parezca mejor no dejar entrar al objeto bueno para que no sea dañado por lo que hay ahí. Esta podría ser una de las hipótesis explicativas de la anorexia. Para Freud, la introyección es una defensa frente a la pérdida del objeto externo. (Hinshelwood, op.cit.).

La *identificación* se la considera siempre un resultado de procesos introyectivos y proyectivos. Es de suma importancia para que se establezca un sentir de mundo personal, interno y externo. La capacidad de discernir un nexo personal de identidad, de pertenencia de los objetos al yo, es la base de la existencia psicológica y del sentimiento de sí. La identificación, así, según Klein, puede sobrevenir por vía de los mecanismos asociados de la introyección y proyección. La identificación concierne al trato con un objeto sobre la base de similitudes percibidas con el yo. Pero es un fenómeno complejo que presenta diversas formas. El mero reconocimiento de una similitud con un objeto externo, un otro a quien se le reconoce existencia independiente, constituye un logro no trivial. En el nivel primitivo de la fantasía, objetos similares se ven como un mismo

objeto y en esta forma omnipotente de fantasía da origen a confusiones entre self y objeto.

La *identificación introyectiva* es el resultado de la introyección del objeto en el yo, el cual se identifica entonces, con algunas de sus características, o todas.

La *identificación proyectiva* es el resultado de la proyección de partes del yo en un objeto. Puede tener como consecuencia que se perciba al objeto como habiendo adquirido las características de la parte proyectada del yo. Pero también puede resultar que el yo llegue a identificarse con el objeto de su proyección. La identificación proyectiva patológica resulta de la desintegración diminuta del yo, o de partes del yo, que luego se proyecta al objeto y se desintegran; tiene como consecuencia la creación de “objetos extraños”.

La *idealización* es un mecanismo esquizoide vinculado con la escisión y la negación. Se niegan las características indeseables del objeto, y se proyecta en él su propia libido. Aunque pertenece primordialmente a la posición esquizo-paranoide, la idealización puede formar parte de las defensas maníacas contra ansiedades depresivas.

Las *defensas maníacas* se desarrollan durante la posición depresiva contra la experiencia de ansiedad depresiva, culpa y pérdida. Se basan en la negación omnipotente de la realidad psíquica, y las relaciones objetales se caracterizan por triunfo, control y desprecio. Son un intento de escapar al dolor extremo de la culpa al comienzo de la posición depresiva. Esta defensa es en realidad un conjunto de defensas, que incluyen una desmentida de la realidad psíquica y, por lo tanto, de la importancia de los objetos amados, con lo cual su pérdida no se experimentaría como algo importante, una manera triunfante y omnipotente de declarar que todo está bien. Todos éstos son recursos para reducir al mínimo los sentimientos de pérdida y culpa.

La *reparación* es una actividad del yo dirigida a restaurar un objeto amado y dañado. Surge durante la posición depresiva como reacción a ansiedades depresivas y a la culpa. La reparación se puede usar como parte del sistema de defensas maníacas, en cuyo caso adquiere las características maníacas de negación, control y desprecio.

- 5) **Sobre la Salud Mental:** La base de la salud mental está dada por una personalidad bien integrada, con madurez emocional, fuerza de carácter, capacidad de manejar emociones conflictivas, equilibrio entre el mundo interno y adaptación a la realidad, y una fusión exitosa entre las distintas partes de la personalidad. Para Celener y Guinzbourg, este concepto de salud mental, está directamente relacionado con el término de adaptación, aunque Klein no utiliza este término de manera equiparable a la salud mental, siendo éste un término a ser más amplio. La adaptación para Celener y Guinzbourg, es una capacidad del yo de procurar cierto equilibrio, lo que estaría relacionado con un adecuado ajuste y acomodación al medio, a las circunstancias. Esta implica la interpretación de los hechos y el sentido de realidad.

Para Klein, las fantasías y deseos infantiles persisten en ciertos grados aún en personas emocionalmente maduras. Representan fuente de intereses y actividades que enriquecen la personalidad. Si esas fantasías no han sido debidamente satisfechas o elaboradas, se perturban las relaciones personales y el placer proveniente de otras fuentes, por lo tanto, se hace difícil aceptar sustitutos adecuados a etapas posteriores del desarrollo y se deteriora el sentido de realidad. El dolor que se genera por placeres perdidos y deseos irrealizables, pueden ser contrarrestados, hasta cierto punto, por la capacidad de aceptar sustitutos en una persona con madurez emocional, logrando que las fantasías infantiles no perturben la vida emocional del adulto.

La fortaleza del carácter está basada en procesos muy tempranos. La relación con la madre es la primera y fundamental, ya que el niño experimenta amor y odio por primera vez. El niño internaliza aspectos de la personalidad de la madre. Si los aspectos buenos introyectados dominan a los frustrantes, deviene la base de la fortaleza del carácter, porque así el yo puede desarrollar sus potencialidades. Si la madre se experimenta como guía y protege pero que no domina, genera un sentimiento de paz interior en el niño. Así, el éxito de esta relación se extiende a otros miembros de la familia, como al padre. Todo esto se reflejará después en las actitudes adultas.

La internalización de buenos padres y la identificación con ellos, subyace a la lealtad hacia la gente, los ideales y la capacidad de hacer sacrificios por las propias convicciones. Esto implica que los impulsos hostiles y la angustia asociada, (que nunca son totalmente eliminados), se han volcado hacia aquellos objetos que hacen peligrar lo que se siente bueno. Igual siempre permanece algo de angustia de que la destructividad pueda hacer peligrar los objetos buenos internalizados y también los externos, ya que este proceso nunca se lleva a cabo totalmente.

Las personas que eluden conflictos internos y externos y tienden al éxito sin desarrollar convicciones arraigadas, no tienen fuerza de carácter. Si no está mitigado por la consideración hacia el prójimo no es una característica de personalidad equilibrada. El equilibrio depende de la comprensión de la variedad de nuestros impulsos, sentimientos contradictorios, de nuestra capacidad de resolver conflictos internos y también de la adaptación a la realidad, lo cual implica interacción entre lo interno con lo externo y su mutua influencia. El equilibrio implica tolerar emociones dolorosas y poder manejarlas, no evitar los conflictos, ya que eso restringe la personalidad y provoca variadas inhibiciones.

Las personas mentalmente sanas tienen más posibilidades de mantenerse equilibrados en cualquier época de la vida y además dependen mucho menos del éxito externo. La salud mental es incompatible con la superficialidad, la cual se vincula con la renegación del conflicto interno y de las dificultades externas, la cual se usa porque el yo no es muy fuerte para tolerar el dolor. Sin embargo, la renegación puede ser parte de una personalidad normal, pero cuando es predominante, impide la comprensión de la vida interna y por lo tanto, un verdadero conocimiento de los demás. La búsqueda del éxito externo puede ser compatible con una fuerza del carácter sólo si se han logrado reducir los conflictos internos, tener confianza en sí mismo y en los demás, y no centrarse en lo externo como una forma de escapar de la inseguridad o buscar un falso reemplazo de la paz interior. Esto puede generar que frente a cualquier fracaso externo, se provoquen sentimientos de persecución y privación.

Los orígenes de la salud mental se remontan en la buena relación madre-hijo, la cual es la base de un desarrollo emocional estable. En este sentido, el logro del equilibrio entre el amor y odio es muy importante, en donde el papel materno juega un rol protagónico, sin dejar de reconocer la importancia de los factores internos del niño.

La capacidad de experimentar conflictos dolorosos permite poder desarrollar los intereses, apreciar a la gente y experimentar variados placeres. Esta capacidad se va desarrollando a lo largo de la adolescencia y adultez, y es la base de la salud mental. Por lo tanto, esta capacidad de resolver conflictos se aplica a cada momento del desarrollo del individuo y no es sólo producto de una personalidad madura.

Las actitudes óptimas para la salud mental nunca son completamente logradas, por lo que el yo usa defensas para combatir la angustia que se genera. Entre las defensas

utilizadas están, la disociación, la proyección y la introyección, la idealización, la renegación.

A medida que el yo se va desarrollando, las defensas se harán más exitosas y menos rígidas. Cuando la comprensión no se ve invadida por el uso de las defensas, se puede hablar de salud mental. Una persona mentalmente sana puede darse cuenta de su necesidad de ver las situaciones displacenteras a una luz favorable y corregir su tendencia a embellecerlas. Así se está menos expuesto a la dolorosa experiencia de la ruptura de la idealización y al predominio consiguiente de la angustia depresiva o persecutoria. Es más capaz de manejar las experiencias dolorosas derivadas del mundo externo.

Un elemento importante en la salud mental es la integración, que se expresa por medio de la fusión de las distintas partes del self. La necesidad de integración deriva del sentimiento inconsciente de que hay partes de uno mismo son desconocidas. Más aún, deriva del conocimiento inconsciente de que el odio sólo puede ser mitigado por el amor, y que si ambos se mantienen separados, es imposible el alivio. La integración siempre implica dolor, porque el odio disociado y sus consecuencias son muy difíciles de enfrentar y la incapacidad de tolerar ese dolor renueva la tendencia a disociar las partes amenazantes y perturbadoras de los impulsos. En una persona normal, pese a los conflictos, se pueden llevar a cabo gran parte de la integración.

La integración también tiene el efecto de crear la tolerancia hacia nuestros impulsos y por lo tanto, hacia los defectos ajenos.

La experiencia demuestra que nunca existe una integración completa, pero cuanto más se acerca uno a ella, mayor será la comprensión de los impulsos y las angustias, más fuerte será el carácter y mayor el equilibrio mental. (Klein, 1960).

9. ASPECTOS DEL FUNCIONAMIENTO PSÍQUICO RELACIONADOS CON EL CUESTIONARIO DESIDERATIVO

Nosotros consideraremos para nuestro análisis los siguientes indicadores del funcionamiento psíquico, según Celener y Guinzbourg, (las cuales se basan en postulados Kleinianos):

1. RELACIÓN CON LA REALIDAD:

El yo interviene en el proceso de procurar cierto grado de equilibrio, es decir, en el mantenimiento de la homeostasis o “estados estables”, lo que estaría relacionado con el ajuste y acomodación al medio, a las circunstancias. Cuando hay trastornos en la capacidad de adaptación, toda nueva tarea o situación, ejerce sobre el sujeto un efecto desorganizador. Esta capacidad de adaptación está comprendida por la interpretación de los hechos y el sentido de realidad. (Celener y Guinzbourg, op. cit.).

- a) **Interpretación de la Realidad:** capacidad del Yo para distinguir entre objetos reales externos y contenidos puramente mentales, objetivamente irreales. De esta manera, es necesario determinar si una idea es consistente con la realidad, comparándola con la huella mnémica de ésta. Esto es posible gracias a la actividad del pensamiento de revivir lo anteriormente percibido, reproduciéndolo como una imagen sin necesidad de que el objeto externo esté presente. Entonces, el propósito fundamental de la relación con la realidad no es descubrir en la percepción real un objeto correspondiente a lo que es imaginado, sino que redescubrir tal objeto. Es decir, consiste en el empleo del juicio para redescubrir en la realidad externa aquello que corresponde a algo previamente percibido. Celener y Guinzbourg, la consideran como la capacidad de diferenciar bien los estímulos externos de las sensaciones

internas, factor condicionador o sustentador de la percepción y pensamiento convencionales.

- b) **Sentido de Realidad:** las autoras lo refieren a la forma en que la persona vivencia la realidad interna y externa por separado y su interacción. Esta función se fundamenta en experiencias tempranas con los objetos, y en la génesis y evolución de la experiencia del sí mismo y del mundo. Este concepto guarda relación con el concepto de self o sí mismo.

Se puede distinguir entre lo que es self como la propia persona y lo que es la representación del self. El self es una estructura fundamental dentro de la persona, producto de las autorepresentaciones, que pueden ser conscientes, preconscientes e inconscientes. La suma total de las representaciones constituye el self.

El sentido de realidad permite verificar si los fenómenos del mundo externo y del mundo interno son reales. Para esto es necesario la construcción de imágenes más o menos realistas de ambos mundos. Una imagen real del self y del mundo supone la capacidad de integración de los aspectos contradictorios de una imagen total, tolerando la ambivalencia que esto genera. Esta función se relaciona con la experiencia del self y del mundo, es una experiencia subjetiva, privada y de naturaleza emocional, intuitiva y perceptual. Se refiere a la aproximación experiencial y emocional a la realidad interna y externa, y a la evaluación subjetiva y vivencial del carácter real de las cosas. La función se configura a partir de las experiencias tempranas de la vida, que van a determinar la capacidad de aceptación de la realidad interna y externa; y los aspectos negativos y positivos, construyendo imágenes más o menos realistas de la propia persona y del medio. (Durcudoy y Rencoret, op. cit.).

En síntesis, la **relación con la realidad** posibilita el establecimiento de límites yoicos y una percepción realista del self, y del mundo de los objetos; representando una adaptación a la realidad. La **interpretación de la realidad** implica diferenciar adecuadamente los estímulos externos de las sensaciones internas. El **sentido de la realidad** se refiere a la evaluación subjetiva y emocional de la realidad externa e interna, lo que constituye la vivencia de continuidad del self. (Celener y Guizbourg, op.cit).

2. CONTROL DE IMPULSOS:

Alude a la capacidad de tolerar la ansiedad y frustración, además de la habilidad para posponer la descarga pulsional inmediata de necesidades y la descarga de tensión, prescindiendo de la acción concreta a través de la representación. Esto implica la capacidad del yo de decidir cuando se satisfecerán los impulsos, considerando la realidad externa, a través del uso del proceso secundario del pensamiento y el principio de realidad, para así, lograr la adaptación. El yo es la instancia encargada de desempeñar ésta función. Por otro lado, el funcionamiento defensivo también participa en la regulación y el control de los afectos y en la expresión de los impulsos.

La habilidad para tolerar la frustración, está vinculada con la capacidad para postergar la gratificación inmediata. La ausencia de ésta gratificación es una fuente de frustración que produce tensión. Tolerar la frustración dependerá, del equipamiento y de la fuerza de las pulsiones, y de las experiencias de frustración y de gratificación reales en el mundo exterior. Además, la postergación de la gratificación de una pulsión, con la consecuente frustración, conlleva al surgimiento de afectos displacenteros, los cuales deben tolerarse, por ejemplo, la ansiedad y la depresión. Si no son tolerados, disminuye la capacidad de

enfrentarse adaptativamente a la situación productora de éstos afectos displacenteros, pudiéndose producir síntomas físicos incapacitantes u otras reacciones como las fobias.

Por lo tanto, ésta función implica, la capacidad para reconocer la ansiedad proveniente desde el interior, sin desarrollar fobias o síntomas físicos ni la negación de la situación de peligro. Esto iría en un continuo desde, no sentir la ansiedad, que implica un manejo defensivo patológico, que da como resultado síntomas fóbicos o psicósomáticos, hasta la ansiedad abrumadora que derrumba las operaciones defensivas, donde la persona se siente desamparada.

La habilidad para tolerar la depresión supone que el individuo aprenda a tolerar y enfrentar el dolor de la separación, la pérdida y frustración en relación a las figuras parentales en el primer año de vida y en los comienzos de la etapa genital. Si esto no es logrado, el niño enfrentará las experiencias de separación y frustración como abandono o rechazo, lo que podría manifestarse a través de la pérdida del control de los impulsos y afectos. Así mismo, es fundamental la habilidad para buscar activamente la gratificación y el logro. (Larraín y cols., 1986 citado en Durcudoy y Rencoret, op. cit.).

Por lo tanto, la regulación y el control de los impulsos implica la capacidad de adoptar conductas sustitutivas o desviadas, tolerar la frustración y la ansiedad, tener una motilidad integrada, tolerancia a la incertidumbre y ser capaz de utilizar la sublimación.

3. MECANISMOS DE DEFENSA:

La defensa es el término más antiguo que representa el punto de vista dinámico en la teoría psicoanalítica.

Se refiere al conjunto de operaciones cuya finalidad es disminuir o suprimir toda modificación susceptible de poner en peligro la integridad y la constancia del individuo.

Estas operaciones actúan de forma inconsciente, sobre las pulsiones y selectivamente sobre las representaciones (recuerdos y fantasías). Pueden operar en forma normal o patológica, según la flexibilidad con la que operen y su variabilidad. Además, varía según el tipo de conflicto, etapa del desarrollo y del grado de elaboración de dicho conflicto. (Laplanche y Pontalis, 1994).

Freud, en 1926, define la defensa como todas las técnicas que utiliza el yo para evitar los conflictos que podrían producir una neurosis y a todos los procesos que protegen al yo contra las demandas instintivas y superyoicas. Además describió cuatro temores que activan las defensas: el temor a la pérdida del objeto, a la pérdida del amor del objeto, a la castración, y al superyo.

En relación a lo adaptativo o desadaptativo de los mecanismos de defensa, Freud, propuso un continuo entre la patología y la normalidad de éstos. El funcionamiento patológico estaría dado por el uso invariable o la fijación de un especial mecanismo de defensa, que surge frente a una particular exigencia instintiva que se repite exactamente con el retorno estereotipado de la misma exigencia. En cambio, el funcionamiento adaptativo implica el uso de la ansiedad señal como un mecanismo anticipatorio que moviliza las defensas contra situaciones internas o externas potencialmente peligrosas. (Durcudoy y Rencoret, 1999. Memoria para optar al título de Psicólogo).

Los mecanismos de defensa a considerar en nuestro análisis serán: Represión, Identificación Proyectiva, Disociación y Racionalización, ya que son los mecanismos necesarios para responder satisfactoriamente al Cuestionario Desiderativo. Sin embargo, los mecanismos defensivos, propios del repertorio personal de cada individuo no los podemos inferir en la técnica a través del funcionamiento de los mecanismos de defensa instrumentales y sus fallos, sino a través de otras combinatorias que aluden a ellos. Por

ejemplo: tipo de símbolo elegido, tipo de relación objetal existente, lo deseado, lo temido, etc.

La *Represión*, operación por medio del cual el individuo intenta rechazar o mantener en el inconsciente pensamientos, imágenes o recuerdos, que están ligados a una pulsión que tiene el peligro de otorgar displacer si se da curso a su satisfacción en relación a otras exigencias. Puede considerarse como un proceso psíquico universal, en cuanto se hallaría en el origen de la constitución del inconsciente como dominio separado del resto del psiquismo. A esta última conceptualización, se refiere el término represión originaria o fundante, la cual es un proceso hipotético descrito por Freud, como primer tiempo de la operación de la represión. Tiene por efecto la formación de cierto número de representaciones inconscientes, o lo “reprimido originario”. Los núcleos inconscientes así constituidos contribuyen seguidamente a la represión propiamente dicha, por la atracción que ejercen sobre los contenidos a reprimir, junto con la repulsión proveniente de las instancias superiores. (Laplanche y Pontalis, 1994).

Por lo tanto, toda represión consta de dos fases: una represión primitiva, que aleja del campo de la conciencia la representación psíquica de la pulsión; y la represión propiamente dicha, que recae sobre las ramificaciones psíquicas de la representación originariamente reprimida, o sobre aquella serie de ideas que se han ligado asociativamente a dicha representación. El hecho que una idea esté reprimida no impide que continúe organizándose, creando ramificaciones y relaciones, constituyendo lo que se denomina, complejo, ya que al ser retirada de la influencia consciente la representación de la pulsión se desarrolla de una forma mucho más libre y amplia. Cuando éstas ramificaciones se han distanciado suficientemente de la representación central del complejo, por deformación o por interpolación de numerosos elementos, se llega a una representación que puede aflorar

a la conciencia. (Hernández, P., 1998, en Conceptualización básica del Psicoanálisis, en psicoarchivos clasificados, Internet).

La *Identificación Proyectiva*, es un mecanismo, definido por Melanie Klein, como fantasías en las que el sujeto introduce su propia persona, en su totalidad, o en parte, en el interior del objeto para dañarlo, poseerlo y controlarlo. Se puede proyectar las partes negativas del sí mismo como también las buenas, ya que al eliminar éstas últimas, y ponerlo en el otro, se le defiende de los propios aspectos malos y de la agresión. Es una modalidad de la proyección, pero se habla de identificación en cuanto que lo que es proyectado es la propia persona. (Laplanche y Pontalis, 1994).

En una definición más general, para efecto del análisis del Cuestionario Desiderativo, consideraremos la identificación proyectiva, como un mecanismo por el cual el Yo deposita un aspecto de sí mismo ligado a un objeto con una fantasía especial, en un símbolo con el cual se identifica. Esto significa que el sujeto con la palabra representa la cosa, idea, sentimiento, etc., es decir, que utiliza representaciones verbales, características del proceso secundario, para expresar contenidos internos, pudiendo mediatizar la acción a través del pensamiento, y no actuar impulsivamente. (Celener, Guinzbourg, op. cit.).

La *Disociación*, se refiere a la coexistencia dentro del yo de dos actitudes psíquicas respecto de la realidad exterior, en cuanto esta se opone a una exigencia pulsional, por lo que una de ellas tiene en cuenta la realidad, mientras la otra la niega y la sustituye por una producción de deseos. Esto permite lograr la coexistencia de dos procedimientos de defensa, uno dirigido a la realidad, como renegación y la otra dirigida hacia la pulsión. Este mecanismo no es tan sólo una deficiencia del Yo, en cuanto éste se ve empobrecido, sino que también es una defensa activa y poderosa que está al servicio de proteger al individuo contra la angustia. (Celener, Guinzbourg, op. cit.).

Este concepto de disociación, aludiría al concepto de *escisión* del yo, según la definición del psicoanálisis freudiano. Para nuestro análisis, consideraremos ambos conceptos como sinónimos, si bien muchos autores lo postulan como mecanismos distintos.

De este modo, los conceptos de primera y segunda disociación instrumental, serían homologables a una primera y segunda escisión. El primer tipo de escisión, estaría dado entre instancias, (entre el yo y el ello), por lo que sería básico para la constitución del aparato mental y la diferenciación del yo. Sería una de las defensas más primitivas contra la angustia. Es a partir de esta primera escisión, que se permite un ordenamiento, si bien precario, del aparato psíquico, que va a permitir un desarrollo e implementación de otros mecanismos de defensa. La segunda escisión está dada por la coexistencia de dos actitudes psíquicas respecto de la realidad exterior, que las mantiene simultáneamente presentes, sin que exista entre ellas una relación dialéctica. Esta definición correspondería a la de disociación antes mencionada.

Para Freud, la escisión está dada con un valor descriptivo, no explicativo, ya que lo utiliza para plantear el problema de por qué y cómo el sujeto consciente se ha separado de una parte de sus representaciones. (Laplanche y Pontalis, op.cit).

Para Melanie Klein, el concepto de escisión, se refiere a la escisión del objeto, como la defensa más primitiva contra la angustia, en que el objeto al que tienden las pulsiones eróticas y destructivas, es escindido en un objeto bueno y un objeto malo, que entonces seguirán destinos relativamente independientes dentro del juego de introyecciones y proyecciones. Esto se da principalmente en la posición esquizo-paranoide en la afecta a objetos parciales. Esta escisión de objetos, se acompaña de una escisión correspondiente del Yo, en un yo bueno y un yo malo, ya que para la escuela kleiniana, el yo está constituido esencialmente por la introyección de los objetos. (Laplanche y Pontalis, op.cit).

La *Racionalización*, se refiere a un mecanismo mediante el cual el sujeto intenta dar una explicación coherente, ya sea desde el punto de vista lógico o aceptable moralmente, a una actitud, un acto, idea, o sentimiento, cuyos motivos verdaderos no percibe. No satisface directamente la pulsión, disfrazando secundariamente diversos elementos del conflicto defensivo. La racionalización se basa en ideologías ya constituidas, en la moral, religiones, convicciones políticas, etc., en donde el superyo refuerza las defensas del yo. Esta defensa no implica una evitación sistemática de los afectos, pero atribuye a éstas motivaciones una justificación de tipo racional o ideal. (Laplanche y Pontalis, 1994).

4. RELACIONES OBJETALES:

Constituye una función encargada de formar y mantener los vínculos. Consiste en la capacidad del yo para internalizar relaciones interpersonales significativas. En este sentido, se refiere al modo de relación que establece el sujeto con su mundo, lo que es el resultado de la organización final de la personalidad, de la aprehensión más o menos fantaseada de los objetos, de tipos de defensas predominantes y del grado de desarrollo yoico. Alude también a los tipos de relaciones de objeto, a los momentos evolutivos y a la psicopatología. (Laplanche y Pontalis, 1997, citado en Durcudoy y Rencoret op. cit.).

Según Kernberg (1979), una relación objetal internalizada, tiene tres componentes:

- Una representación del objeto
- Una representación del self
- Un afecto

Estas representaciones deben estar diferenciadas entre sí y sus componentes contradictorios sintetizados. Por esto, la identidad del yo se constituye a partir de las relaciones que se establecen con los otros significativos que se internalizan durante toda la

vida, implicando una manera idiosincrática de actuar de cada individuo. (Durcudoy y Rencoret op.cit).

Por lo tanto, existe un aspecto diádico en toda relación de objeto, donde la imagen de sí mismo interactúa con la representación del otro en el marco de un estado afectivo dominante. Por esto, las identificaciones no son con objetos singulares, sino con la relación, y lo que se internaliza, es la imagen de sí mismo con el objeto.

Según Kernberg las relaciones objetales van desde de lo más primitivo, donde las representaciones del sí mismo y del objeto están indiferenciadas, y el afecto es intenso y difuso; hasta relaciones objetales integradas que permiten alcanzar un sentido de continuidad y coherencia del sí mismo y de las interacciones con otros. Se neutralizan los afectos extremos e intensos con una integración progresiva de los aspectos amorosos y agresivos, lo que permite al individuo tolerar la ambivalencia de la imagen de sí mismo y de los demás. (Kernberg, 1977).

5. VICISITUDES DE LA ANSIEDAD

En este punto es importante considerar la evolución de la ansiedad y la capacidad del sujeto para tolerarla.

Klein sostiene que el yo inmaduro del bebé está expuesto desde el nacimiento, a la ansiedad provocada por la innata polaridad de los instintos (conflicto inmediato entre el instinto de vida v/s el de muerte).

El bebé está también inmediatamente expuesto al impacto de la realidad externa que le produce ansiedad. Frente a eso, el yo se organiza primitivamente escindiendo lo bueno de lo malo (lo que le causa placer de lo que le causa angustia) dejando fuera de sí,

(proyectando lo malo), para quedarse con lo bueno, (introyectando lo bueno) y poder subsistir evitando la angustia.

Se crearían dos tipos de ansiedad secundarias:

Ansiedad Paranoide: debido a la proyección del instinto de muerte en los objetos, se siente a éstos como perseguidores. La ansiedad se refiere a que éstos perseguidores lleguen a aniquilar al yo y al objeto ideal. Se origina en la posición esquizo-paranoide.

Ansiedad Depresiva: ansiedad motivada por la posibilidad de que la propia agresión aniquile o haya aniquilado al objeto bueno. Se la experimenta por el objeto y por el yo que, en identificación con el objeto, se siente amenazado. Se origina en la posición depresiva, cuando se percibe al objeto como objeto total y el bebé vivencia sus propia ambivalencia.

En este sentido, la angustia persecutoria es un temor por el yo, y la angustia depresiva es un temor por la supervivencia del objeto amado. El movimiento entre ambas no es un cambio repentino, que se realice de una sola vez, de la persecución a la culpa, sino un cambio gradual con muchos vaivenes, de persecución a una forma persecutoria de culpa, y a una forma de culpa que admite reparación.

10. PRUEBAS PROYECTIVAS.

Las pruebas proyectivas son relativamente poco estructuradas, tratando de describir qué y cómo piensa una persona, tanto a nivel consciente como inconsciente. Presentan material ambiguo en dibujos o palabras y formulan preguntas que permiten respuestas amplias. La manera en que el evaluado interpreta el material y formula después su respuesta, ofrece pistas importantes para conocer la personalidad del evaluado. El material de un test proyectivo ha sido descrito como una “especie de pantalla” en la cual el evaluado “proyecta sus procesos característicos de pensamiento, sus necesidades, ansiedades y conflictos”. Las técnicas proyectivas se caracterizan por aproximarse de manera global a la valoración de la personalidad, es decir, no concentran la atención en la medición de rasgos separados, sino en una imagen compuesta de la personalidad. (Anastasi, A; Urbina, S, 1998).

En las pruebas proyectivas se puede encontrar un contenido manifiesto, que es lo que el evaluado relata, y un contenido latente, que es lo que el dibujo o las verbalizaciones significan. El contenido manifiesto es consciente y se expresa abiertamente, mientras que el contenido latente está determinado por el inconsciente y requiere de interpretación.

La teoría psicoanalítica, considera que los motivos de la conducta son básicamente inconscientes. Por lo tanto, la investigación de la dinámica de la personalidad, pretende a través de la interpretación del material que entrega el sujeto, establecer una hipótesis diagnóstica psicodinámica que permita entender los motivos inconscientes que subyacen en la conducta manifiesta y los síntomas.

Las Técnicas Proyectivas suponen que los estímulos inestructurados o semiestructurados, permiten que el sujeto proyecte su subjetividad que constituye lo inconsciente de la estructura de la personalidad. Así entendida la proyección, se refiere a la “proyección hacia el exterior de percepciones internas”. (Esquivel, Heredia y Lucio, 1999).

La aplicación de pruebas proyectivas se enmarca en la clínica dentro de un proceso global de psicodiagnóstico, con características particulares: es un proceso vincular con una limitación temporal explícita, que se incluye generalmente sobre otra situación vincular previa y posterior; la comunicación está mediatizada a través de instrumentos proyectivos; para comunicar su problemática, el entrevistado debe asumir conductas poco usuales; y el psicólogo debe cumplir con reglas técnicas referidas a un mínimo de participación emocional manifiesta en la situación. Además, se sugiere el realizar una entrevista de devolución de información con el evaluado, después de un tiempo de elaboración del material obtenido.

11.1. EL CUESTIONARIO DESIDERATIVO.

El Cuestionario Desiderativo forma parte de la batería psicodiagnóstica dentro de las Pruebas Proyectivas, como una técnica de investigación acerca de las características de personalidad de las personas en un ámbito clínico, tales como: mecanismos defensivos, los puntos de fijación predominantes, los conflictos básicos, la fortaleza del Yo, la madurez o inmadurez del Super Yo, los aspectos afectivos, el tipo de relaciones objetales, el desarrollo cognitivo o aptitudes intelectuales, intereses, aspectos valorados y desvalorizados del sí mismo, autoimagen, autoestima, identificaciones, imagen corporal, identidad sexual, y desempeño de las funciones del yo, entre otras (Celener de Nijamkin, Guinzbourg de Braude, 1999).

a) Antecedentes

El Cuestionario Desiderativo nace de la idea de dos psiquiatras, Pigem y Córdoba, en 1946. (Bell, J., 1964 citado en Celener y Guinzbourg, 1999). Ellos proponen la técnica de preguntarle al sujeto: “¿ Qué es lo que le gustaría ser si tuviera que volver al mundo no

siendo persona? ”. Cuya respuesta era interpretada desde el punto de vista de la psicología existencial, usando como marco teórico los sistemas de valores de Spranger. (Bell, J., 1964 citado en Celener y Guinzbourg, op.cit). El símbolo elegido se llama “símbolo desiderativo”. La consigna plantea al sujeto la situación de transfigurarse imaginativa y electivamente, en cualquier otra cosa diferente de su condición de persona. El símbolo elegido representa sus deseos como fantasías desiderativas.

El test promueve la movilización de las fantasías desiderativas y su comunicación, simbolizada e intelectualizada. Así a través del análisis e interpretación de estos símbolos y racionalizaciones, podemos profundizar nuestro conocimiento acerca de la dinámica subyacente de la personalidad.

Luego, el psicólogo holandés Van Kreveken (citado en Celener y Guinzbourg, 1999) adaptó la idea para administrarla a niños pequeños, tratando de no enfrentar al niño tan abruptamente con la idea de muerte. El test se transformó en el test de los tres deseos y en el de las tres bolsas de oro. Finalmente, en Argentina, Jaime Bernstein introdujo, en 1960, otras modificaciones, tanto en sus fundamentos teóricos, como en la técnica de administración e interpretación. Jaime Bernstein, fundamenta el cuestionario desde el marco teórico psicoanalítico, entendiendo cada elección o rechazo del sujeto como un símbolo que debe ser interpretado desde los puntos de vista universal, cultural y personal.

A la consigna original se le suprimió la inclusión o referencia directa a la muerte, cuando dice: “Si usted tuviera que volver al mundo...”, porque eso supone haberlo abandonado a través de la muerte. La consigna que él propone es: “ ¿Qué es lo que más le gustaría ser no siendo persona? ”. Esto contribuye a aliviar en parte la angustia de muerte que de por sí la consigna moviliza.

Una segunda modificación, fue incorporar la palabra más para inducir al sujeto a que en la primera elección proyecte lo más valorizado de sí mismo, lo que reviste mayor grado de idealización o su ideal del yo. Se incluye la ampliación de las preguntas a seis: tres elecciones y tres rechazos, investigando los reinos animal, vegetal e inanimado. Esto debido a que el psicoanálisis considera que las figuras animales sirven al inconsciente para expresarse figuradamente, igual como lo vegetal e inanimado sirve para simbolizar, aunque en menor grado. Además en cada elección o rechazo se pregunta el por qué. La racionalización, o sea la explicación con que el sujeto fundamenta su respuesta, es esencial porque da cuenta del significado personal del símbolo elegido y de cómo significa la realidad.

Es así como, la aplicación del test consiste en preguntarle al sujeto que es lo que más le gustaría ser no siendo persona, tras lo cual se indagan tres elecciones que se denominan "catexias positivas". Se espera que las respuestas incluyan el reino animal, vegetal e inanimado. Luego se indaga sobre tres elecciones negativas que se denominan "catexias negativas", preguntándole lo que menos le gustaría ser no siendo persona. Acá también se espera que las respuestas incluyan el reino inanimado, vegetal y animal.

b) Fundamentos teóricos.

Según Bernstein, la producción del evaluado ante el Cuestionario Desiderativo puede ser analizada desde los siguientes enfoques: adleriano, de la teoría del campo, freudiano y kleiniano; desarrollando los dos últimos. Por esta razón nuestro marco teórico se adscribirá a ellos. Desde los postulados de Freud, la simbolización permite la emergencia de aspectos reprimidos de la personalidad, puntos de fijación libidinal, identificaciones superyoicas, ansiedades frente a impulsos y exigencias del ello, etc. Desde el punto de vista

kleiniano, el Cuestionario permite indagar en los objetos protectores y frustradores, entre otras cosas. En éste sentido, el CD basa su interpretación en el significado de los símbolos, en que el simbolismo es un modo de representación indirecta y figurada de una idea, un conflicto, un deseo inconsciente; y en éste sentido, en el marco de referencia psicoanalítico se puede considerar simbólica cualquier manifestación sustitutiva, incluso una palabra.

En sentido general, se emplea el término **simbólico** para designar la relación que une el contenido manifiesto de un comportamiento, de un pensamiento, de una palabra, a su sentido latente. En *La interpretación de los sueños*, Freud habla de “la simbólica” para referirse al conjunto de símbolos de significación constante que pueden descubrirse en variadas producciones del inconsciente. (Celener, Guinzbourg, op. cit.). Desde esta perspectiva, el simbolismo envuelve todas las formas de representación indirecta. Freud, atribuye un lugar importante a las representaciones figuradas que son comprensibles sin que el soñante dé asociaciones; y la existencia de sueños típicos, en que determinado deseo o conflicto son figurados en forma semejante, sea quien sea el que sueñe, lo que muestra que son elementos del lenguaje de los sueños independientes del discurso personal del individuo, reconociendo algo universal en el funcionamiento de la mente.

De esta forma, podríamos definir lo que Freud llama “la simbólica”, por las siguientes características:

- 1) La esencia del simbolismo consiste en una *relación constante* entre un elemento manifiesto y sus traducciones. Esta constancia se vuelve a encontrar no sólo en los sueños, sino también en dominios de expresión muy diversos, como a través de síntomas y otras producciones del inconsciente, también en áreas culturales distintas entre sí, como los mitos, folklore, religión, etc. Esta relación constante escapa relativamente a las influencias de la iniciativa individual, la que puede elegir entre los

sentidos de un símbolo, pero no crearle nuevos sentidos. En este sentido, el simbolismo no pertenece con exclusividad al sueño ni es característico de él, sino que puede estar en una amplia gama de cosas que encuentran una figuración simbólica. (Freud, 1915-1916; Conferencias de Introducción al Psicoanálisis).

- 2) Esta relación constante se basa en la analogía o comparación ya sea de forma, de tamaño, de función, ritmo, etc. Además, Freud afirma que ciertos símbolos se pueden aproximar a la alusión, mediante una relación de contigüidad y contraste. Por otro lado, en numerosos símbolos se viene a condensar relaciones múltiples entre lo simbolizado y el símbolo.
- 3) A pesar de que los símbolos descubiertos por el psicoanálisis son muy numerosos, el campo de lo simbolizado es muy limitado. Se restringe a temáticas del cuerpo, padres y familiares, nacimiento, muerte, desnudez y especialmente, órganos sexuales, acto sexual.
- 4) Los individuos, más allá de la diversidad de culturas y lenguajes, disponen de un “lenguaje fundamental”. De aquí que existirían dos tipos de interpretación de los sueños: una que se apoya en las asociaciones de aquel que sueña y otra que es independiente de ellas: la interpretación de los símbolos.

La existencia de un modo de expresión simbólico como así se ha caracterizado, trae algunos problemas epistemológicos: ¿Cómo fueron los símbolos formados por la humanidad? ¿Cómo se apropió de ellos el individuo? Estos problemas llevaron a Jung a su teoría del “inconsciente colectivo”. Freud emitió la hipótesis de una herencia filogenética, al menos en este aspecto.

En este sentido, Rodrigué, (citado en Celener y Guinzbuorg, 1999) afirma que: “Por significado constante se entiende que los símbolos poseen una connotación fija e

inconscientemente predeterminada. Un símbolo puede connotar uno o quizás más objetos; pero sólo connota a esos objetos”. Agrega también: “Finalmente, la connotación de un símbolo no sólo es constante para cada individuo, sino que también lo es para la mayoría de la humanidad, teniendo la misma significación en las culturas más dispares y en los lenguajes más inconexos”.

Sin embargo, diversos autores han conferido variados significados para el mismo símbolo, lo cual no refuta la teoría del significado fijo, pero debilita su plausibilidad.

La crítica de Rodrigué a la relación constante y su aporte en este aspecto, (a la cual se adhieren Celner y Guinzbourg), es la siguiente:

“Si se considera esta génesis, el símbolo ha sido concebido fuera de la experiencia del individuo histórico, no existe un evento histórico que haya requerido como medida adaptativa que dos objetos se junten para que uno sea símbolo del otro. El símbolo no fue creado por el hombre tal como lo conocemos, su significado fue forzado sobre él”.

“Creo que se puede concluir que cada nuevo descubrimiento analítico trae su gama de nuevos significados para viejos símbolos y nuevos objetos que merecen ser significados simbólicamente”. A pesar de que Jones, citado en Celner y Guinzbourg, consideraba que la irreversibilidad del significado era una característica específica del “verdadero simbolismo”, Rodrigué continúa:

“Lejos de ser viejas reliquias, los símbolos serían ítems plásticos en sumo grado, capaces de transportar significados múltiples. Entonces, generalizando: la interpretación que les damos a los símbolos refleja el grado de nuestro conocimiento actual sobre la fantasía inconsciente”.

Cierto es que también Freud en “Introducción al Psicoanálisis”, advirtió sobre: “el posible riesgo de un empleo exagerado de las interpretaciones fijas de los símbolos”.

De esta manera, podemos darnos cuenta de que existe gran controversia acerca de si el símbolo tiene un significado constante, fijo, universal “fuera de la experiencia del individuo histórico” o si este significado es influido por la cultura y experiencia personal.

Melanie Klein, plantea que “no sólo el símbolo debe ser considerado como la base de la fantasía inconsciente y de toda sublimación sino que, aún más, sobre él se construye la relación con el mundo exterior y con la realidad. (Celener y Guinzbourg op.cit).

Jones, por su parte, afirma que “un símbolo es todo objeto, representación plástica, abstracta o verbal, que adquiere capacidad representativa de otros objetos, representaciones y experiencias emocionales (simbolizado), sin confundirse con éstos, en base a una ligazón constante de significado (relación simbolizante). El objeto que adquiere la cualidad de representar a otro puede ser tanto una representación plástica como una idea, un concepto abstracto o una palabra. Podemos abstraer dos posibilidades por las cuales un objeto puede ser seleccionado para representar significativamente a otro:

- a) Un objeto puede ser símbolo porque es capaz de representar plásticamente (por su forma, movimiento, funcionamiento, sonido) las características del objeto o situación emocional simbolizada (los símbolos oníricos son un ejemplo de estas representaciones simbólicas).
- b) Un objeto puede ser símbolo porque se ha establecido una ligazón de significado por reiteración de experiencias emocionales. En este caso la elección del símbolo es en parte producto de la evolución cultural y personal en tanto no reproduce en su estructura cualidades o características de lo simbolizado (éste es el caso de la palabra).

A su vez, la concepción de la palabra como símbolo sienta las bases indispensables (es origen) del pensamiento verbal como instrumento eficaz de vinculación y modificación de la realidad interna y externa.

El símbolo logra sintetizar en sí mismo, por sus cualidades plásticas, verbales o abstractas, un contexto de significado y adquiere en función de esto, la capacidad de representar o recordar”.

Freud, por su parte, conceptualiza los sueños como cumplimiento de deseo, en este sentido, el trabajo que traspone el sueño latente en el manifiesto se llama: “trabajo de sueño”, y el trabajo de dirección contraria, que desde el sueño manifiesto quiere alcanzar el latente, es el trabajo de interpretación, que quiere cancelar el trabajo del sueño.

Los sueños infantiles se conciben como evidentes cumplimientos de deseo, siendo sometidos a un pequeño trabajo de sueño, a la transposición del modo desiderativo en el indicativo, y también de los pensamientos en imágenes visuales. Aquí no hace falta interpretación alguna, sino sólo deshacer estas dos transposiciones. En los otros sueños se suma en el trabajo de sueño la “desfiguración onírica”, que se hace desaparecer con el trabajo interpretativo.

Aunque no existiera censura onírica alguna, el sueño no nos resultaría comprensible, pues entonces se tendría que traducir el lenguaje simbólico del sueño al de nuestro pensamiento de vigilia. Por lo tanto, el simbolismo es, junto con la censura onírica, un segundo factor de la desfiguración del sueño, y un factor autónomo.

El trabajo del sueño opera con el material de los pensamientos oníricos latentes a través de tres mecanismos:

- a) Condensación: es la primera operación que se refiere al hecho de que el sueño manifiesto tiene menos contenido que el latente, siendo una traducción compendiada de éste. Nunca se produce el efecto contrario, es decir, no sucede que el sueño manifiesto sea más rico en su extensión y contenido que el latente. Esto se produce porque ciertos elementos latentes se omiten por completo; o porque de muchos complejos del sueño

latente, sólo uno se traspa al manifiesto, o porque los elementos latentes que tiene algo en común se unen en el sueño manifiesto y son fundidos en una unidad. Un elemento manifiesto corresponde simultáneamente a varios latentes, y a la inversa, un elemento latente puede participar en varios manifiestos, como un entrelazamiento.

- b) Desplazamiento: esta sería obra de la censura onírica y se exterioriza en que, un elemento latente no es sustituido por un componente propio, sino por algo más alejado, es decir, una alusión; y también porque el acento psicológico se traspa de un elemento importante a otro no importante, de modo que el sueño aparece centrado diversamente y como algo extraño. La sustitución por una alusión es conocido también en el pensamiento de vigilia, aunque ahí es distinto, ya que la alusión es fácilmente comprensible, y el sustituto (o símbolo), tiene que mantener una relación de contenido con lo genuino.
- c) Transposición de pensamiento en imágenes visuales: nuestros pensamientos proceden de imágenes sensoriales la mayoría de naturaleza visual, en el sentido que su material primero y sus etapas previas fueron impresiones sensoriales: las imágenes mnémicas de estas (recuerdos). Sólo más tarde se las conectó con palabras y éstas, después, se ligaron en pensamientos. Por lo tanto, el trabajo del sueño aplica a los pensamientos un tratamiento regresivo, les hace revertir su evolución, y en el curso de esta regresión tiene que dejarse de lado todo lo que se sobreañadió en el desarrollo progresivo desde las imágenes mnémicas hasta los pensamientos. (Freud 1915-1916, op.cit.)

La esfera del simbolismo es enorme, el simbolismo onírico es sólo una pequeña parte de ella. En estos otros ámbitos, el simbolismo no es sólo un simbolismo sexual, mientras que en el sueño, los símbolos se usan casi exclusivamente para expresar objetos y referencias sexuales.

La producción de respuestas en el Cuestionario Desiderativo se da a través de la formulación de símbolos verbales.

Retomando el tema de las controversias sobre el significado de los símbolos, adherimos para la interpretación de los mismos en el Cuestionario Desiderativo, a la postura de que la interpretación debe tomar en cuenta su significado histórico, cultural y personal. Por lo tanto, un mismo símbolo puede tener significados diversos, según la justificación de la persona, a la vez que se puede ver cierta continuidad en éstos significados. De esta forma, el psicólogo, en el proceso de interpretación, decodificará el significado personal que el símbolo elegido tiene para el sujeto, guiándose no sólo por el símbolo, sino por el contenido de la racionalización, que da cuenta de dichos significados.

Puede ocurrir que el sujeto no formule una respuesta símbolo en el Cuestionario Desiderativo, sino que se produzca una equiparación de lo que supuestamente es el símbolo y el objeto al que debería representar. El uno se confunde con el otro, despertando la misma respuesta emocional, lo que Hanna Segal denomina “ecuación simbólica”. (Celener; Guinzbourg, op. cit.).

Es necesario, para que el evaluado pueda responder a la consigna, que ésta sea reconocida por el sujeto como un “como si”. Se considera que si el sujeto se imaginase realmente muerto en forma literal y concreta, perdiendo la capacidad del “como si”, esto implicaría un severo trastorno del juicio de realidad y de la función de discriminación, lo que denotaría una grave alteración de la personalidad.

Para que la consigna desencadene el juego de identificaciones proyectivas, es necesaria una pre-condición: que el entrevistado esté psicológicamente capacitado para interpretar el contenido metafórico o simbólico de la consigna. Si lo ha logrado en suficiente grado de integración, que lo capacite para diferenciar fantasía y realidad, y para

utilizar el lenguaje y el pensamiento verbal de un modo simbólico, podrá tomar la consigna como un “como si” (algo que sucede en el terreno de la fantasía) y fantaseará las sucesivas personificaciones sin sentirlas como un riesgo para su identidad.

A través de las respuestas verbales y corporales del examinado, podemos observar el esfuerzo defensivo del yo para recuperarse y absorber el impacto sufrido y su modalidad defensiva prevalente. El yo y sus objetos están amenazados de muerte en la situación del test; por lo tanto, se movilizan recursos defensivos; el sujeto, a través de las catexias positivas, explicita las fantasías inconscientes de las defensas, describe simbólicamente su modo de evitar los peligros inherentes a la amenaza fantaseada. Toda verbalización de las catexias positivas sostiene la fantasía inconsciente de las defensas; es como si el examinado respondiera: “Cuando tengo miedo (y ahora lo tengo), hago tal cosa”. Es decir, frente al miedo, por sí mismo y por sus objetos, el yo intenta reforzar determinados aspectos y evacuar otros, o profundizar o evitar el vínculo con determinados objetos. Por otro lado, la verbalización de las catexias negativas expresa: tanto la fantasía de lo que el yo teme que le sucedería si no pudiera apelar a los recursos defensivos que mostró en las positivas; como las consecuencias negativas que tiene sobre su yo el uso específico de esas defensas, es decir, la percepción interna de qué aspectos instrumentales del yo son cercenados por la defensa.

III. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

1. Objetivo General:

Conocer el funcionamiento psíquico de mujeres que presenten trastornos de alimentación, específicamente Anorexia y Bulimia Nerviosa, que tengan entre 18 y 35 años, de nivel socioeconómico medio bajo, de la ciudad de Santiago.

Objetivos Específicos:

- 1.1. Identificar los mecanismos de defensa que se ponen en juego para responder al test.
- 1.2. Evaluar la interpretación y sentido de la realidad.
- 1.3. Analizar la capacidad de control de impulsos.
- 1.4. Identificar el tipo de relaciones objetales que establecen las pacientes.
- 1.5. Conocer las vicisitudes de la ansiedad.

IV. HIPÓTESIS DEL ESTUDIO

Dado la naturaleza exploratoria de nuestro estudio, no existe suficiente información en relación al tema, que nos permita hipotetizar sobre ella. Sin embargo, en términos generales, se espera que las mujeres con trastorno de alimentación presenten un funcionamiento psíquico desadaptativo, dificultad en el control de impulsos y un mal manejo de la ansiedad.

V. METODOLOGÍA

5.1 DISEÑO

Para fines de la investigación, se utilizará un estudio de tipo exploratorio, puesto que nuestro objetivo de estudio es examinar un tema poco investigado. Este tipo de estudio obedece a un diseño no experimental ya que se realiza sin manipular deliberadamente variables, se trata de observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. Además, será un diseño de investigación transeccional o transversal, puesto que se recolectarán datos en un solo momento. Su propósito será describir variables, y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. A su vez, será descriptivo, ya que tiene por objetivo, indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta la variable dependiente. La variable dependiente, la que se medirá a través del Cuestionario Desiderativo, es el funcionamiento psíquico. La variable independiente, será el trastorno de alimentación, Anorexia y Bulimia Nerviosa, la cual no se manipulará, sino que se tomará como característica en la muestra y se mantendrá como constante.

5.1.1 Definición Conceptual de la Variable Independiente

La Bulimia y Anorexia Nerviosa, son trastornos cuantitativos de la conducta alimentaria, dadas por anomalías en el exceso o disminución de la ingesta, respectivamente.

a) *Anorexia Nerviosa:* Es un trastorno caracterizado inicialmente por el deseo irrefrenable de delgadez, con la consiguiente resistencia a comer. Esto con el tiempo dará lugar a la pérdida progresiva de los deseos de comer y a extravagantes autolimitaciones dietéticas. A pesar de la continua pérdida de peso, existe un intenso miedo a engordar.

a) *Bulimia Nerviosa:* Es un trastorno caracterizado fundamentalmente por la presencia de episodios de ingesta voraz, de grandes cantidades de comida, en un corto periodo de tiempo. Esto se acompaña de conductas compensatorias inapropiadas para prevenir el aumento de peso, (principalmente la autoprovocación de vómitos y el abuso de laxantes).

5.1.2 Definición Conceptual de la Variable Dependiente

Se entenderá por funcionamiento psíquico, a un conjunto de actividades y procesos realizadas por la persona, que pueden manifestar variaciones sistemáticas, y que una vez establecidas, forman estados fijos y resistentes al cambio, pasando a comportarse como estructuras.

Las funciones psíquicas que consideraremos en nuestra investigación son:

- ◆ ***Relación con la realidad:*** se refiere a la interpretación y sentido de la realidad, es decir, a la capacidad de distinguir entre lo interno y externo, la fantasía de la realidad, y vivencia del sí mismo y del mundo.

- ◆ *Control de Impulsos*: alude a la capacidad de posponer la descarga pulsional inmediata, prescindiendo de la acción concreta a través de la representación, lo cual implica el uso del proceso secundario del pensamiento y el principio de realidad, para así, lograr la adaptación.
- ◆ *Mecanismos de Defensa*: conjunto de operaciones cuya finalidad es disminuir o suprimir toda modificación susceptible de poner en peligro la integridad y la constancia del individuo. Estas operaciones actúan de forma inconsciente. Pueden operar en forma normal o patológica, según la flexibilidad con la que operen y su variabilidad.
- ◆ *Relaciones Objetales*: se refiere al tipo de vínculo fantaseado que establece el sujeto, tanto con las figuras del mundo externo, como con las del mundo interno.
- ◆ *Vicisitudes de la ansiedad*: tipos de ansiedad predominantes, y su relación con la cantidad o fuerza del afecto y su cualidad.

5.1.3 Definición Operacional de la Variable Dependiente

Mediremos el funcionamiento psíquico, en las respuestas dadas frente al Cuestionario Desiderativo, a partir de los siguientes indicadores:

1. Adecuación a la consigna e instrumentalización de los mecanismos de defensa necesarios para poder responder al cuestionario.
2. La secuencia de la ansiedad.
3. Tiempos de reacción.
4. Secuencia de la elección de los reinos.
5. Contenidos Temáticos.

Creemos que éstos puntos son aspectos centrales en la evaluación del funcionamiento psíquico a través del Cuestionario Desiderativo, puesto que constituyen elementos esenciales en el análisis de éste. Para esto nos apoyamos en el análisis propuesto por Celener y Guinzbourg, 1999, para la interpretación del material. Estos serán profundizados detalladamente en los procedimientos.

5.2 MUESTRA

Se utilizó un tipo de muestreo no probabilístico (o dirigido), ya que las mujeres con Anorexia y Bulimia Nerviosa fueron seleccionadas en forma accidental, es decir, tomando intencionalmente a aquellas mujeres que cumplieran con las características demográficas y etarias.

La muestra estuvo constituida por un total de 12 mujeres, entre 18 y 35 años, pertenecientes a un nivel socioeconómico medio-bajo de la ciudad de Santiago, que presentaban trastornos de alimentación (Anorexia y Bulimia Nerviosa), y que habían sido diagnosticadas por profesionales (psiquiatras y psicólogos), de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile en la ciudad de Santiago.

Se obtuvo la muestra de N.S.E. medio-bajo, debido a que en éste sector de la población es más factible acceder al estudio de éste fenómeno. Se eligió la muestra de mujeres entre 18 y 35 años, a fin de que los resultados obtenidos sean homologables a un funcionamiento psíquico adulto.

El promedio de edad es de 22 años, en donde 9 pacientes tienen entre 18 y 24 años, y 3 pacientes entre 25 y 34 años.

Del total de la muestra, 9 mujeres son solteras y 3 son casadas. De las mujeres casadas, todas tienen hijos.

El 83% de la muestra estudiada, cuenta con enseñanza media completa, y el 60% de ellas, continuó con estudios técnico-superiores.

El 75% de la muestra, estaba diagnosticada con Anorexia Nerviosa, mientras que el 25% restante presentaba Bulimia Nerviosa.

El tiempo promedio de duración de la enfermedad es de 5 años y medio, en donde 7 pacientes llevan entre 6 y 12 años con la enfermedad y las 5 pacientes restantes la han padecido por no más de tres años.

El 67% de la muestra presenta alguna patología asociada al trastorno de alimentación, en donde un 21% corresponde a trastornos de la personalidad, un 36% a cuadros depresivos, un 29% a intentos suicidas y un 14% al abuso de sustancias.

Del total de la muestra todas las pacientes han recibido algún tipo de tratamiento previo, un 42% ha asistido a psicoterapia y un 83% está actualmente en tratamiento.

En un 50% de la muestra, hay familiares de las pacientes con alguna enfermedad psiquiátrica, y un 92% de la muestra total de los casos, forma parte de una familia disfuncional. Finalmente, un 33% de las pacientes son hijas mayores y un 58% son hijas menores.

5.3 INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

El Cuestionario fue definido por Jaime Bernstein de Argentina, quien, en 1960, introdujo modificaciones, tanto, en sus fundamentos teóricos, como en la técnica de administración e interpretación de la propuesta original de Pigem y Córdoba. Jaime Bernstein, fundamenta el cuestionario desde el marco teórico psicoanalítico, entendiendo cada elección o rechazo del sujeto como un símbolo que debe ser interpretado desde los puntos de vista universal, cultural y personal.

El Cuestionario Desiderativo es utilizado como una técnica de investigación acerca de las características de personalidad de las personas en un ámbito clínico, tales como: mecanismos defensivos, los puntos de fijación predominantes, los conflictos básicos, la fortaleza del Yo, la madurez o inmadurez del Super Yo, los aspectos afectivos, el tipo de relaciones objetales, el desarrollo cognitivo o aptitudes intelectuales, intereses, aspectos valorados y desvalorizados del sí mismo, autoimagen, autoestima, identificaciones, imagen corporal, identidad sexual, y desempeño de las funciones del yo, entre otras (Celener, Guinzbourg, op.cit.).

Entre sus ventajas, se presentan: el de economía de tiempo, ya que el lapso requerido para su aplicación es de 20 minutos promedio; es aplicable a un amplio espectro de la población, desde niños pequeños, preescolares, hasta personas de la tercera edad; las características de la consigna hacen posible su aplicación a personas pertenecientes a diferentes culturas o grupos sociales, dada la simplicidad de las preguntas y la no incidencia de la cultura o el conocimiento; por ser un test de estímulo y producción verbal, las incapacidades físicas no inciden en su aplicación; y no requiere el desarrollo de destrezas específicas para poder responder a él. En el caso de personas afectadas en su capacidad auditiva también es factible administrarlo, por escrito. Sin embargo, en contraposición, requiere de un gran bagaje teórico y práctico que contribuye al juicio clínico de quien lo interpreta. Una dificultad hasta el momento es no contar con indicadores específicos que permitan llegar a los criterios de interpretación, y no disponer de respuestas clichés o estandarizadas a partir de muestras significativas. Ciertos autores han planteado aproximaciones al cuestionario analizando algunos aspectos específicos del funcionamiento de la personalidad.

Condiciones de aplicación del Cuestionario

Esta técnica proyectiva debe ser siempre administrada dentro de un contexto, lo que supone haber establecido previamente un rapport y se sugiere ubicar su administración a continuación de pruebas gráficas o antes de algún test de láminas. Una vez terminada la administración, se le puede pedir al sujeto que amplíe las respuestas significativas o las relacione a través de asociaciones con aspectos de su historia. Su aplicación es individual.

En nuestro trabajo utilizaremos el cuestionario con fines de investigación, enmarcándolo dentro de una entrevista clínica individual con cada sujeto perteneciente a la muestra.

Se puede aplicar desde el momento en que el niño usa la palabra como símbolo, o sea como representante de otra cosa. Teóricamente este momento correspondería, desde el marco dinámico psicoanalítico, con la constitución del preconscious, alrededor de los 4 o 5 años, y desde la teoría genética con el momento de la iniciación del pensamiento simbólico. En esta etapa el niño logra captar el contenido de la consigna y responder con adecuación a ella a través de la formulación de respuestas símbolo. En la evaluación de las respuestas se debe considerar los aspectos evolutivos cognitivos y los dinámico-afectivos. Se puede aplicar hasta la vejez tardía.

No se han detectado diferencias en cuanto a factores sociales y culturales en cuanto a la aplicación del Cuestionario Desiderativo, sin embargo, estos factores deben ser tomados en cuenta para la interpretación. Para eso se tiene presente en el análisis que se hace del símbolo, de la simbología universal, el particular significado que adquieren los símbolos en determinadas culturas y en el nivel individual, en relación con la historia personal. Se sugiere no aplicar el Cuestionario Desiderativo a sujetos que sufran una

amenaza real y concreta de su integridad física, que no cuenten con un contexto real de contención.

La información entregada es de tipo cualitativo, como material obtenido a partir de las respuestas del cuestionario, lo cual es descrito e interpretado en términos de dinámicas internas de la Personalidad del sujeto. Es una técnica de estimulación y producción verbal, en que es el evaluado quien, sin ningún apoyo externo, tiene que actualizar conceptos verbales. El esfuerzo al que es sometido el Yo es mayor que en otras técnicas, ya que el soporte conceptual que se le entrega al sujeto es menor. Es importante evaluar la adecuación a la consigna, porque ésta es el único estímulo que se le presenta al sujeto.

No se tienen antecedentes acerca de su confiabilidad o validez, sin embargo, dado su naturaleza proyectiva, y sus antecedentes teóricos, se hipotetiza una validez de contenido.

Consigna del Cuestionario Desiderativo

Se le dice al evaluado: “Ahora le voy a hacer una pregunta: si usted no pudiera ser persona, ¿qué es lo que más le gustaría ser? ”. El sujeto da una respuesta, a la que denominaremos 1+, que puede ser representante de cualquiera de los tres reinos. Luego se le pregunta: “¿Por qué le gustaría ser (lo escogido en 1+)?”, y se registra su explicación. Luego se reformula la primera consigna, agregándole la eliminación del reino a la cual pertenece la respuesta 1+. “Si ud. no pudiera ser persona ni (reino elegido en 1+), ¿qué es lo que más le gustaría ser?”. La respuesta del sujeto será su segunda elección, 2+, la cual también es interrogada: “¿Por qué le gustaría ser (elección 2+)?”.

Para la elección 3+, se hace la misma pregunta dejando de lado los reinos elegidos en 1+ y 2+. Se dice: “Si ud. no pudiera ser ni persona, ni (reino elegido en 1+), ni (reino elegido en 2+), ¿qué es lo que más le gustaría ser?”. Después se interroga.

Habiendo obtenido por lo menos una respuesta correspondiente a cada uno de los tres reinos, se da por finalizado el interrogatorio de lo que le gustaría ser, y se comienza a investigar aquello que no le gustaría ser, con la consigna de las elecciones negativas: “Ahora le voy a hacer otra pregunta: Si ud. no pudiera ser persona, ¿qué es lo que menos le gustaría ser?”. La respuesta del sujeto se consignará 1-, que puede ser representante de cualquiera de los tres reinos. Luego se pregunta por la explicación: “¿ Por qué no le gustaría ser (reino elegido en 1-)?”. Para las elecciones 2- y 3-, se le formula la primera consigna, agregándole la eliminación del reino a la cual pertenece 1-, y después de pedirle su explicación, se hace lo mismo, agregándole la elección 2-.

Así, se obtienen las tres catexias positivas (1+, 2+ y 3+) y negativas (1-, 2- y 3-), dando por terminado el test.

Cuando el evaluado tiene dificultades para elegir, el entrevistador menciona todos los reinos posibles y/o faltantes, para ampliar la posibilidad de elección por parte del sujeto, sin predeterminedar secuencia ni privilegios. También es posible reinterrogar por las catexias positivas si el sujeto a fallado en ellas pero ha respondido a las catexias negativas. Está consignado el procedimiento según distintos tipos de respuestas que se salgan del patrón establecido, por ejemplo, que el sujeto responda con dos elecciones simultáneas o que el sujeto no pueda desprenderse de lo humano y dé respuestas antropomórficas.

Se espera que se exprese, tanto en catexias positivas como negativas, una respuesta que represente a cada uno de los tres reinos: animal, vegetal e inanimado.

Consideraciones acerca del impacto producido por la consigna

La primera parte de la consigna pide al evaluado que se desidentifique en tanto ser humano, mientras que la segunda, se le ofrece la posibilidad de reidentificarse parcialmente en símbolos elegidos. Una vez producida la respuesta se le pregunta: “¿Por qué? ”, lo que da información acerca de los atributos de los símbolos elegidos que el sujeto valoriza y los que rechaza en forma personal e individual.

Según Grassano (1977) a través de las respuestas verbales del examinado, se puede observar el esfuerzo defensivo del yo para recuperarse y absorber el impacto sufrido y su modalidad defensiva predominante. En la situación de aplicación del CD, el Yo y sus objetos están amenazados de muerte, movilizándolo recursos defensivos. A través de las catexias positivas, la persona explicita las fantasías inconscientes de las defensas, describe simbólicamente su modo de evitar los peligros inherentes a la amenaza fantaseada. La verbalización de las catexias negativas, manifiesta la fantasía de lo que el Yo teme que le sucedería si no pudiera apelar a los recursos defensivos que mostró en las positivas, así como, las consecuencias negativas que tiene sobre su Yo el uso de estas defensas.

En el caso de que las respuestas sean exitosas, ya sea en las positivas como en las negativas, se puede decir que el sujeto sabe defenderse y de qué lo hace. Esto daría cuenta de una estructura que puede funcionar en forma adaptativa, tanto en el nivel de las defensas como en el del autoconocimiento de sus conflictos.

Si el fracaso se da en las negativas, pero no en las positivas, se infiere que el sujeto sabe defenderse, pero no de qué. Si no responde a las positivas, pero sí a las negativas, se puede inferir que no sabe defenderse, pero si conoce los peligros que teme. Esto sería de peor pronóstico que el caso inverso, ya que el Yo no sabría a qué recursos apelar para defenderse, a pesar de saber de qué defenderse. Esto además puede explicarse como un

indicador de un gran monto de ansiedad que el sujeto presenta al iniciar la tarea, que le impide organizarse para dar las respuestas. Así un mejoramiento en las respuestas negativas puede estar relacionado con que la serie positiva le ha permitido efectuar un aprendizaje y recuperar la instrumentalización de las defensas perdidas en un primer momento, pudiendo reestructurarse y responder. De este modo, el fallo en las catexias positivas, podría interpretarse como una necesidad de más apoyo y contacto con el estímulo para familiarizarse con este y responder a él.

Cuando el fallo ocurre solamente en las catexias negativas, el sujeto parece poder mantener las defensas de manera sobreadaptada en base a una importante disociación que le impide ponerse en contacto con sus aspectos conflictivos. Esto se relaciona con poca capacidad de insight y escasa reflexión, ya que no hay nada que no le gustaría ser, y por lo tanto, no habría egodistonia.

5.4 PROCEDIMIENTO

Para extraer la muestra de mujeres nos contactamos con la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile, donde concurren pacientes en su mayoría pertenecientes a un nivel socioeconómico medio- bajo. Establecimos el contacto con la Dra. Tapia, psiquiatra, subdirectora de dicho establecimiento y coordinadora de la Unidad de Trastornos de Alimentación, junto con la psicóloga Claudia Ornstein, quien trabaja como psicoterapeuta en la clínica.

Se aplicó el Cuestionario Desiderativo, dentro de una entrevista clínica con la paciente, establecimiento previamente un rapport y obteniendo información relevante de la persona. A cada paciente se le dió a conocer los objetivos de nuestra investigación, y se ofreció una entrevista de devolución de información, a quienes la solicitaran. La aplicación se efectuó

de forma individual, en una oficina del establecimiento. Éste procedimiento tuvo una duración de aproximadamente 60 minutos. Para finalizar con la entrevista, se le solicitó a cada paciente, la realización de un dibujo libre, y cuando éste no consistía en contenidos de algún ser humano, se les pedía que dibujaran nuevamente, esta vez, la figura humana. Esta actividad tenía por objetivo contener las ansiedades que hace surgir la consigna del cuestionario desiderativo.

El análisis de los resultados se realizó en forma individual, siendo cualitativo, ya que la investigación arrojó información descriptiva acerca de indicadores del funcionamiento del psíquico, inferido a través de las respuestas dadas ante el Cuestionario Desiderativo, en sus aspectos formales y de contenido. Es decir, se realizó una interpretación individual de cada caso, para luego analizar el conjunto de los datos como un todo, con la finalidad de integrar coherentemente la información obtenida.

Consideraremos como indicadores del funcionamiento del psíquico los siguientes aspectos según el análisis propuesto por Celener y Guinzbourg:

1. ***Adecuación a la consigna e instrumentalización de los mecanismos necesarios para poder responder al test:*** Para que el sujeto pueda responder a las demandas de la consigna, debe poder instrumentalizar las siguientes defensas: represión fundante, disociación, identificación proyectiva y racionalización. (G. Celener; M. Guinzbourg, 1999). Estas son defensas instrumentales, porque son las operaciones mentales que debe efectuar el sujeto para poder resolver las vicisitudes que le plantea la consigna. Ellas son independientes del repertorio de defensas propias de la personalidad de cada individuo. El uso de éstas defensas se relacionan necesariamente con la ejecución de ciertas funciones del yo, como lo son: la mantención de cierto equilibrio psíquico que le permita adaptarse a las circunstancias; diferenciar adecuadamente los estímulos

externos de las sensaciones internas; la clara diferenciación del si mismo con respecto al resto del mundo; control de los impulsos; capacidad de establecer adecuadas relaciones objetales.

Siguiendo con nuestro análisis, definiremos con mayor profundidad los mecanismos de defensa mencionados:

1.1 Represión fundante y primera disociación instrumental

a) *Definición*: Consideraremos como represión, un proceso psíquico universal, ya que está en el origen de la constitución del inconsciente, como entidad separada del resto del psiquismo, por lo cual se le llama represión fundante. La respuesta adaptativa frente a los estímulos presentes y las experiencias significativas pasadas, que forman parte del inconsciente, permiten la reflexión selectiva del pensamiento. La utilización del proceso secundario del pensamiento, permite evitar la contaminación de impulsos o contenidos inapropiados, manteniendo a raya el proceso primario para que no se filtre. Esto se da principalmente en estado de salud del yo, en donde el proceso secundario, mantiene la dirección del pensamiento.

En cuanto a la disociación, se observa la coexistencia dentro del yo de dos actitudes psíquicas respecto de la realidad exterior, en cuanto esta se opone a una exigencia pulsional, por lo que una de ellas tiene en cuenta la realidad, mientras la otra la niega y la sustituye por una producción de deseos. Esto permite lograr la coexistencia de dos procedimientos de defensa, uno dirigido a la realidad, como renegación y la otra dirigida hacia la pulsión.

b) *Cómo reconocerlo en la técnica*: La represión fundante y la primera disociación instrumental, se expresan en el Cuestionario Desiderativo a través de la capacidad del sujeto de discriminar entre fantasía y realidad, reconociendo la consigna como

gatillador de una situación lúdica, no real, sino de un “como si” simbólico. Esto implica, por un lado, aceptar la consigna como un juego que le sugiere al sujeto que imagine temporalmente que no puede ser humano, pudiendo aceptar las distintas posibilidades de reidentificación, (reino animal, vegetal o inanimado). Si logra elegir símbolos y responder satisfactoriamente a todo el test, significa que no ha sentido a la consigna como un ataque concreto a la integridad de su yo, sino que la ha vivenciado en un nivel simbólico, tal cual la consigna es. Esto implica fortaleza yoica, en tanto da cuenta de flexibilidad y capacidad de adaptación, habiendo sido capaz de diferenciar entre la realidad concreta y una experiencia imaginativa simbólica.

c) *Indicadores de fracaso de la represión fundante y la primera disociación instrumental en el CD:* El fracaso estaría dado por una interpretación errónea de la consigna, tomándola como realidad y no como un “como si”. En este sentido, la consigna sería vivido como un ataque concreto a su integridad, no pudiendo diferenciar entre lo simbólico y lo concreto. Esto se puede manifestar en distintos grados:

- **FRACASO TOTAL:** Es el más extremo y consiste en que ante la consigna el sujeto se bloquea y no puede responder al test, es decir, no hay una elección de un símbolo. Por ejemplo: “No puedo”, “No quiero ser nada”, “No sé, sino pudiera ser persona, no quisiera ser nada diferente”. Además pueden agregar comentarios referidos a la técnica: “Qué difícil”, “Nunca me habían preguntado algo así”.
- **FRACASOS PARCIALES:** Puede estar dado por la imposibilidad de contestar a todas las catexias positivas o todas las negativas. El fracaso en las positivas, puede deberse a que el sujeto no sabe defenderse de aquello que siente como peligroso. En cambio, el fracaso en las negativas, puede deberse a que se va incrementando el nivel de angustia atribuible a las sucesivas restricciones que impone la consigna o al

acercamiento a las áreas de conflicto. Esto significa que las sucesivas consignas, no fueron satisfactoriamente internalizadas y que la participación del entrevistador no es utilizada como un apoyo positivo para controlar la angustia, no promoviendo la situación de aprendizaje. Cuando falla en las positivas, respondiendo adecuadamente a las negativas, se hipotetiza que el desligarse de los aspectos que generan mayor angustia, le permite aceptar la propuesta, ya que disminuye la tensión y brinda la posibilidad de utilizar aspectos yoicos, pudiendo diferenciar entre fantasía y realidad a través de la revitalización del yo.

- **RESPUESTAS ANTROPOMÓRFICAS:** Aquí el fracaso de la represión fundante y la primera disociación, se manifiesta en que el sujeto no se puede desprender de los aspectos humanos de la identidad. Esto implica que el sujeto sólo aparentemente ha aceptado el “como si” de la consigna, ya que en realidad, este tipo de respuesta indica que la consigna ha sido captada en forma concreta o literal y que frente a la sensación real de muerte, se efectúa una renegación de este impacto concreto, sobreponiéndose a él, mediante una identificación con un objeto que no deja de tener cualidades humanas. Por ejemplo: “Ángel”, “Sirena”, “Dios”. “Hombre invisible”.
- **NO RESPONDER A ALGUNO DE LOS REINOS:** Esto puede suceder tanto en las catexias positivas como negativas. El reino omitido tiene relación con el significado dinámico que se le atribuye.

1.2 Segunda disociación instrumental

- a) *Definición:* este mecanismo representa un segundo momento de la actividad disociativa, posterior a la primera disociación antes mencionada, que funda el aparato psíquico.

b) *Cómo reconocerla en la técnica:* Se observa en la posibilidad de discriminar dentro de cada símbolo y en el total del test, los aspectos valorizados de los aspectos rechazados en sí, implicando un reconocimiento de los aspectos que el sujeto valora y desea conservar de sí mismo, como de aquellos desvalorizados o conflictivos, es decir, que rechaza. Esta discriminación da cuenta de un Yo capaz de diferenciar lo interno de lo externo, que puede reconocer las situaciones que le generan ansiedad y sabe a qué recursos apelar para controlarlas y resolverlas.

c) *Indicadores de fracaso de la segunda disociación instrumental en el CD:*

- **CONFUSIÓN EN LOS SÍMBOLOS DE LAS SERIES:** Esto se refiere a que el sujeto responde en la serie positiva con un símbolo que rechaza, o cuando en la serie negativa responde con un símbolo que elige como valorado.
- **ELECCIÓN DE UN SÍMBOLO CON CUALIDADES CONVENCIONALMENTE RECONOCIDAS COMO NEGATIVAS O VICEVERSA:** Se refiere a responder en las catexias positivas con un símbolo de cuya justificación se desprenden cualidades convencionalmente negativas, o por el contrario elegir en las catexias negativas símbolos de los cuales se jerarquizan en la racionalización cualidades popularmente reconocidas como positivas. Por ejemplo: 1+) “Tigre, porque es feroz”.
- **ELEGIR EN LAS POSITIVAS SÍMBOLOS EN LOS CUALES EL SUJETO NO PUEDE DEJAR DE INCLUIR EN LA RACIONALIZACIÓN ASPECTOS NEGATIVOS, O VICEVERSA.** Por ejemplo: 1+) “ Me gustaría ser una rosa, porque tiene perfume, aunque no me gusta porque tiene espinas”. Cuando esto se da en la primera elección, puede deberse a una falla en la comprensión de la consigna, producto de un bajo nivel intelectual o de un importante monto de confusión. En éste caso, es

conveniente reformular la consigna para comprobar si ha sido comprendida. Por lo general, éste punto, se relaciona más con una dificultad en la resolución de la ambivalencia.

- **ELEGIR Y RECHAZAR EL MISMO SÍMBOLO:** Las racionalizaciones de la elección positiva y de la negativa aluden a la misma temática vivida como conflictiva. La no resolución de la ambivalencia tiene que ver con no poder elegir algo sin sentir que se pierde otra cosa, no se puede aceptar una sola parte del objeto, y por lo tanto separarlo. Por ejemplo: 1+) “Me gustaría ser perro, porque el amo lo cuida”.

1-) “ No me gustaría ser perro, porque depende y se somete al amo”.

Esto manifiesta que el objeto integrado no se puede escindir ni siquiera instrumentalmente.

- **MARCADA DISTANCIA ENTRE LOS SÍMBOLOS VALORIZADOS Y LOS RECHAZADOS:** Esto daría cuenta de una disociación patológica. En el CD se expresa a través de un monto importante de idealización en los símbolos elegidos y sus racionalizaciones, versus una importante peyorización de los objetos rechazados. A través de éste mecanismo el sujeto trata de sobrecompensar sentimientos, por ejemplo, de extrema debilidad, impotencia, minusvalía. Por ejemplo:

2+) “ Me gustaría ser acero, porque es indestructible”.

3-) “ No me gustaría ser cristal, porque se rompe”.

1.3 Identificación proyectiva

- a) *Definición:* Es el mecanismo por el cual el Yo deposita un aspecto de sí mismo ligado a un objeto con una fantasía especial, en un símbolo con el cual se identifica. Esto

significa que el sujeto con la palabra representa la cosa, idea, sentimiento, etc., es decir, que utiliza representaciones verbales, características del proceso secundario. El poder apelar al repertorio de representaciones verbales es un rasgo adaptativo que implica la posibilidad de mediatizar la acción a través del pensamiento, y no actuar impulsivamente.

b) *Cómo reconocerla en la técnica:* La identificación proyectiva se reconoce en la técnica a través de la posibilidad del sujeto de dar una respuesta símbolo.

c) *Indicadores de fracaso de la identificación proyectiva en el CD:*

- **PÉRDIDA DE DISTANCIA ENTRE EL SÍMBOLO Y LOS ASPECTOS REPRESENTADOS:** La elección deja de ser un símbolo y es concretamente el aspecto elegido o rechazado del si mismo. Por fallas en la represión el objeto o símbolo representante es equiparado al objeto que originariamente despertó esa carga de afecto (y que debió haber quedado reprimido), y en consecuencia, el símbolo se confunde con el objeto originario y despierta en el sujeto la misma carga afectiva que aquél. Al haber fallado el mecanismo de represión como fundante del aparato psíquico, se pone en evidencia un serio fracaso del Yo. Por ejemplo:

1+) “ Me gustaría ser un gatito, porque me cuidarían y me darían comida”.

- **NO ELECCIÓN DE UN SÍMBOLO ÚNICO:** Esto se produce cuando se elige en una catexia más de un símbolo, y expresa la dificultad para la identificación principal en un símbolo. La fragmentación de la elección a través de distintos símbolos indica una necesidad de tener o abarcarlo todo. Ningún objeto es suficientemente valiosos como para quedarse sólo con él. Por ejemplo:

2+) “ Me gustaría ser un perro porque es leal, león porque es fuerte y conejo porque es tierno”.

- **ELECCIÓN DE SÍMBOLOS DISGREGADOS:** Se refiere a símbolos que no tienen estructura ni consistencia. Por lo general, esto tiene una connotación patológica, que es de mayor gravedad cuando se da en las positivas. Alude a una dificultad en el establecimiento de límites entre el sí mismo y la realidad exterior. Por ejemplo:
 - 1+) “Me gustaría ser agua porque o se escurre entre los dedos”.
- **ELECCIÓN DE SÍMBOLOS ADECUADAMENTE ESTRUCTURADOS PERO DE DÉBIL CONSISTENCIA:** Hay un clara límite demarcatorio entre el si mismo y la realidad, pero la estructura del objeto es frágil. Estas identificaciones aluden a personalidades que mantienen preservado su funcionamiento y adecuación al exterior, siempre y cuando no se vean afectados por situaciones de exigencia o de impacto que perturben su precario equilibrio. Por ejemplo:
 - 1+) “ Me gustaría ser una copa de cristal, porque son elegantes y finas”.
- **PERSEVERACIÓN EN EL REINO:** Esto se relaciona con la rigidez de la utilización del mecanismo. El sujeto, elige un reino, le cuesta desidentificarse de él, y vuelve a elegir un símbolo del mismo reino. Por ejemplo:
 - 1+) “Me gustaría ser una rosa, porque tiene un perfume suave”.
 - 2+) “Me gustaría ser una magnolia, porque tiene un color bonito”.

1.4 Racionalización

- a) *Definición:* Es un mecanismo por el cual el sujeto intenta dar una explicación coherente desde el punto de vista lógico o aceptable desde el punto de vista moral, a una actitud, acto, idea, o sentimiento, cuyos motivos verdaderos no percibe. Implica separar los

aspectos afectivos que influyeron en la elección del símbolo de los aspectos racionales de la lógica formal. En términos del Yo, implica el uso del proceso secundario del pensamiento.

b) *Cómo reconocerla en la técnica:* Se evidencia cuando la persona logra justificar su elección a partir de la lógica formal.

c) *Indicadores de fracaso de la racionalización en el CD:*

- **FALLA EN LA SUSTENTACIÓN LÓGICA FORMAL:** No se logra justificar la elección adecuándose a las leyes de la lógica formal. Es decir, existe una falla en la logicidad del pensamiento, advirtiéndose la fragilidad del criterio de realidad, la cual es una de las funciones del Yo. La falla lógica se aprecia en que la persona destaca en su justificación cualidades del símbolo que no son esenciales o que no le son atribuibles, dejándose llevar por una lógica personal. Por ejemplo:

1+) “Me gustaría ser vaca, porque es alegre”.

- **SOBREDIMENCIONAMIENTO DE LA JUSTIFICACIÓN:** Se reiteran y/o agregan motivos que justifican pero no enriquecen la elección. La reiteración puede ser tanto formal como de contenido. La reiteración de contenido se refiere a una misma temática, lo cual más que enriquecer la respuesta, subraya una extrema necesidad, como sobre compensación de posibles carencias. Por ejemplo:

1+) “ Me gustaría ser un pollito, porque los miman, cuidan, y protegen”

La reiteración formal, es decir, la necesidad de abundar en justificaciones, da cuenta de la necesidad de reforzar la coherencia de sus procesos lógicos. Por ejemplo:

1+) “ Me gustaría ser un halcón, porque vuelan alto, son hábiles, rápidos, majestuosos y poderosos”.

Esto da cuenta de una debilidad yoica porque quien sobrecompensa se siente en peligro de pérdida de la coherencia y logicidad. No siempre éste intento sobre compensatorio es eficaz, muchas veces este recurso es insuficiente y con claridad la pérdida de logicidad que el sujeto trataba de evitar.

- **POR AUSENCIA:** La persona no puede justificar los motivos de su elección. Se trata de una incapacidad para reflexionar sobre su propia conducta, en éste caso, verbal. También, una incapacidad de dar una justificación en función de referentes externos, centrándose en una perspectiva egocéntrica, todo lo cual evidencia un fracaso del Yo, en tanto denuncia la falta de una verdadera discriminación al hacer la elección del símbolo. Por ejemplo:

1+) “ Me gustaría ser un mueble”. (¿?) “No sé”.

3+) “ Me gustaría ser un chocolate”. (¿?) “ Porque me gusta”.

Los mecanismos de defensa recién descritos, son unos de los indicadores más importantes del funcionamiento psíquico desde la técnica. En este sentido, tanto su exagerada adecuación como su desorganización, hacen referencia a un funcionamiento patológico. Cuando se trata de una exagerada adaptación, esto puede ser producto del hipercontrol frente al temor y la vivencia de pérdida de este control, con lo cual, hay un empobrecimiento creativo. Cuando existe desorganización, habría una pérdida real del control. Así, entre ambos, existe un continuo donde el funcionamiento normal esta dado por un yo que puede efectuar movimientos de regresión y progresión que están a su servicio, dado una vivencia de consistencia y perdurabilidad.

Estos recursos defensivos, están íntimamente ligados a ciertas funciones psíquicas.

Una de estas funciones, es la **relación con la realidad**, estando referida principalmente al proceso de *adaptación*, en este sentido, el Yo intenta procurar cierto grado de equilibrio, manteniendo la homeostasis dado por el ajuste y acomodación al medio. Cuando existe trastorno en esta capacidad de adaptación, el sujeto vivencia como desorganizador toda nueva tarea o situación. Esto se observa en el CD en que el sujeto deba adaptarse, mediante su capacidad de responder a la consigna. Cuando esta función está perturbada, el sujeto fracasa en la implementación de los mecanismos necesarios para reorganizarse frente al impacto producido por la consigna (represión y primera disociación).

La relación con la realidad, además incluye la *interpretación de los hechos*, que requiere diferenciar los estímulos externos de las sensaciones internas, lo cual sustenta la percepción y el pensamiento convencional. En el CD, esta función se asocia a la capacidad de reconocer el “como si” de la consigna. Su fracaso está expresado por el bloqueo (falla en la represión fundante y primera disociación).

Por último, la relación con la realidad incluye el *sentido de realidad*, que se refiere a la clara diferenciación del sí mismo con respecto del mundo y realizar una evaluación subjetiva y emocional de la realidad externa e interna de forma integrada. En el CD, su fallo se manifiesta principalmente en la elección de las cualidades del símbolo, las que se relacionan con la fuerza representacional de éste (fallos de la identificación proyectiva).

El proceso relacionado con la reflexión selectiva y la capacidad de evitar la contaminación con materiales e impulsos inapropiados, debería regirse por el proceso secundario del pensamiento, y su fracaso implica la irrupción de las características del proceso primario. Esto se expresa a través de la adaptación a la consigna (represión fundante y primera disociación), la posibilidad de dar respuestas simbólicas (identificación

proyectiva) y la justificación, en la que debiera existir un sustento lógico formal que le dé coherencia y consistencia a la elección.

En la adecuación a la consigna, también participan otras funciones del aparato psíquico, como lo es la **regulación y el dominio de los impulsos**, la cual depende de la intensidad de éstos, de los medios que el yo tiene para hacerles frente (defensas, tolerancia a la frustración y a la ansiedad) y también de la integración y flexibilidad del superyo. Esto se observa en el CD a través de la posibilidad de dar buenas respuestas símbolo (un buen funcionamiento de la identificación proyectiva) y de ir adecuándose a las sucesivas desidentificaciones. Los montos de idealización y peyorización de los símbolos, dado por la confusión de los aspectos valorados y rechazados, como por el excesivo monto de disociación y sus fallos, están igualmente relacionados con la capacidad de simbolización, los problemas para desidentificarse y con la rigidez y/o flexibilidad del superyo. Los tiempos de reacción también están relacionados con la instrumentalización de las defensas, ya que cuando estos son extremadamente cortos, evidencian una respuesta impulsiva mientras que cuando son muy prolongados, son efecto de la inhibición del pensamiento, probablemente debidas a la acción de la represión.

Otro aspecto del funcionamiento psíquico, es la capacidad de establecer **relaciones objetales**, caracterizada por la vinculación del sujeto con distintos objetos a lo largo de su desarrollo psicosexual, lo que determina un estilo de relación característico y la distancia que la persona necesita establecer entre él y el objeto. Esto se observa en el CD a través del contenido de las racionalizaciones, por ejemplo, el sobredimensionamiento de ciertas cualidades del símbolo que contribuyen a destacar el estilo de relación prevalente. La ausencia o presencia de los objetos en el contenido de las racionalizaciones y la respuesta

antropomórfica con cualidades narcisísticas, revelan fallos en la identificación proyectiva y en la primera disociación.

2. ***La secuencia de la ansiedad.*** En este punto evaluaremos la evolución de la ansiedad a lo largo de la producción, lo que implica la capacidad del sujeto de dominar o no activamente la ansiedad que le generan las situaciones de peligro, lo cual constituye otro indicador del funcionamiento psíquico. Para esto, proponemos evaluar tanto el monto como la cualidad de la ansiedad a lo largo de la aplicación del cuestionario. Lo esperable secuencialmente, es que la ansiedad disminuya a lo largo de la producción, dando lugar a un proceso de aprendizaje y que la cualidad de la ansiedad evolucione desde una de tipo confusional o paranoide, hacia una más del tipo depresiva, que le permita a la persona responder adecuadamente al estímulo. Al comienzo de la tarea, se espera un monto adecuado de ansiedad, es decir, que esta no interfiera en la producción de las respuestas, constatando la adecuación de los mecanismos instrumentales, mientras que si interfiere, pero levemente, se producirían algunos fallos menores de éstos. En cambio, si el monto de ansiedad que interfiere es intenso, puede incidir en la producción, generando fallas severas en los mecanismos defensivos, dando cuenta de una personalidad menos integrada. La ausencia total de ansiedad, si bien no perturba la producción en sus aspectos formales, da cuenta de una reacción desajustada, producto de una intensa disociación o que el sujeto la ha depositado en el entrevistador mediante la negación y proyección. Desde el CD, se infiere el monto y la cualidad de la ansiedad a través de la conducta preverbal del sujeto, comentarios acerca de lo inesperado o desagradable de la tarea, tanto en relación a la técnica como al entrevistador, como también a través de contenidos y temáticas principales. La habilidad o dificultad para

adquirir un aprendizaje a partir de la experiencia, daría cuenta también de la evolución de la ansiedad. En este sentido, habría protocolos que manifiestan en forma sostenida y sin modificación el predominio de un solo tipo de ansiedad, en los cuales la cualidad de ésta, no tiene relación con la situación de prueba, sino que manifiesta una modalidad del funcionamiento psíquico estable y rígido. Por lo cual, la capacidad del sujeto de expresar distintas cualidades de la ansiedad, da cuenta de flexibilidad de sus recursos.

3. **Tiempos de Reacción (TR).** Es el lapso que transcurre entre la consigna y/o subconsignas para cada reino y la respuesta verbal del sujeto. Los comentarios no son considerados respuestas. Este lapso es el tiempo que le lleva al sujeto recibir el impacto de la consigna, elaborarlo y poner en marcha los procesos necesarios para resolverla.

Los tiempos de reacción se clasifican en:

- a) Esperado: 10 a 30 segundos.
- b) Alargados. más de 30 segundos.
- c) Disminuidos: menos de 10 segundos.

Cuando el tiempo de reacción se mantiene **estable a lo largo del Cuestionario** (siendo estos breves, alargados o adecuados) puede aludir a una manera particular de procesamiento del sujeto. En este sentido, cuando la persona demuestra *retardo* en el TR expresaría una dificultad del yo para reorganizarse, lo cual puede deberse a distintos factores:

- La lentificación general en las reacciones, por ejemplo, en el pensamiento, se genera por un esfuerzo para sobreponerse a una vivencia habitual de abatimiento y desesperanza. Este podría ser el caso de un sujeto depresivo.

- Se genera una demora en el TR debido a que a la persona le toma mucho tiempo elegir y requiere de un esfuerzo para sobreponerse a una manera de responder habitualmente dubitativa. Esto es frecuente observarlo en personalidades obsesivas.
- La demora se genera por un habitual desorden de los procesos de pensamiento. Esto es frecuente apreciarlo en personas con ansiedad confusional.

Cuando la persona demuestra *disminución* en los TR a lo largo del protocolo en forma estable, daría cuenta de una tendencia a reaccionar en forma inmediata para evitar la reflexión y ponerse en contacto con la angustia que le genera la consigna. Esto es típico de personas fóbicas que ocupan mecanismos contrafóbicos y personalidades impulsivas.

Cuando los tiempos de reacción **aumentan o disminuyen abruptamente** en una o varias catexias, constituirían indicadores de una situación de conflicto para el sujeto. Dicho conflicto se inferirá a través del contenido del símbolo y de la racionalización.

Cuando los TR **aumentan o disminuyen a lo largo del protocolo en forma progresiva**, son indicadores de las vicisitudes de la ansiedad, a los cuales nos referimos anteriormente. De esta manera, cuando *disminuye progresivamente*, en que el sujeto presente un TR más alargado en las primeras catexias y va disminuyendo en las siguientes. Esto indica que ha podido efectuar una experiencia de aprendizaje positiva que contribuye a disminuir su ansiedad. Si el TR *aumenta progresivamente*, presentando un tiempo esperable en las primeras catexias y va aumentando en las siguientes, indica que la experiencia no ha ayudado a la persona a disminuir la ansiedad.

4. **Secuencia de la elección de los reinos.** La secuencia esperable se relaciona con que una persona saludable, tendrá una estructura psíquica en la que predomine el instinto de conservación sobre los impulsos de muerte, por lo que frente a un ataque, el Yo del

sujeto rescatará sus aspectos más vitales para preservar su integridad. Por esto, la secuencia esperada para las catexias positivas es: la elección del reino animal, luego el vegetal, y finalmente el objeto. Esto se propone, puesto que el reino animal conserva más los impulsos vitales ligados a la autoconservación, tendencias gregarias y a los vínculos. Los vegetales les siguen en el orden al cumplir con un ciclo vital. Por último, los objetos inanimados carecen de vida. Se espera que la secuencia para las catexias negativas, sea exactamente a la inversa, (objeto, vegetal, animal), aunque esto resulta variable, puesto que el sujeto puede elegir desembarazarse primero de lo que le resulte más conflictivo para él: sus propios impulsos y aspectos rechazados. Las desviaciones de la secuencia esperada, para las catexias positivas, daría cuenta de una estructura menos saludable para enfrentar los peligros (consigna), por lo que necesita desvitalizarse apelando como defensa a una actitud de mayor pasividad y menor afecto. Con esto, el sujeto se empobrece para poder adaptarse.

5. **Contenidos Temáticos.** Se considerará el contenido de las respuestas en función de la simbología universal y personal de las pacientes, tomando en cuenta ciertos aspectos y características propias de la historia vital de cada una de ellas, y de la fundamentación de sus respuestas, ya que la misma elección o rechazo en distintas pacientes, puede tener diferentes matices y significados.

VI. RESULTADOS OBTENIDOS

En base a los resultados obtenidos en el Cuestionario Desiderativo, y en relación al análisis propuesto, se puede describir, que las pacientes evaluadas tienden a presentar dificultades en la *adecuación a la consigna y en la implementación de los mecanismos necesarios para responder al test*. En este punto están implicados la represión fundante, la disociación instrumental, la identificación proyectiva y la racionalización; mecanismos en los cuales las pacientes tienden a tener alterados al menos uno de ellos, ya sea por un uso deficitario o excesivo. Esto se manifiesta, en cuanto a la **relación con la realidad**, en una adaptación deficiente, existiendo una tendencia a fracasar en el inicio de la tarea y no lograr reorganizarse frente al impacto producido por la consigna. Por ejemplo:

1+) Ver a mi mamá, porque es la que siempre me acompaña.

(Segundo intento de la consigna e inducción al reino animal)

1+) No me gustaría volver. (Fracaso de las catexias positivas).

Esto guarda relación con una seria dificultad para desvincularse de lo humano frente a la amenaza de la pérdida de integridad como persona. Por ejemplo,

1+) Trabajar en mi trabajo como auxiliar paramédico. (no comprende la consigna).

1+) Dedicarme a ayudar al que más pueda, a todo el que necesite. (2º intento misma paciente).

En lo concerniente a la *interpretación de la realidad*, se observa que la gran mayoría tiene dificultades para mantener una clara diferenciación entre sus vivencias internas y la realidad externa, no logrando inhibir satisfactoriamente la estimulación interna. Por ejemplo:

1-) ¿Por ejemplo que no soy un objeto?. Un mueble, porque se rompe, se pone viejo (disminuye su tono emocional). (se le pregunta qué mueble) No me gustaría ser algo feo, cualquier cosa fea, por ejemplo, esa estufa (presente en la oficina), es fea, ser algo bonito me gustaría, como yo quisiera sentirme, estoy aburrída de ser el patito feo, por eso sentía que estando delgada me querían más, la delgadez muestra belleza para todo el mundo, así estando delgada mi esposo me iba a querer más.

Lo anterior se vincula con una pérdida de objetividad en la interpretación de los hechos junto con una falla en el *sentido de realidad*, evidenciado este último, en la totalidad de los casos. Es así, como las pacientes tienden a sobredimensionar la justificación de sus respuestas, aludiendo a cualidades poco esenciales del símbolo elegido y haciendo hincapié en juicios autorreferentes basados en vivencias internas, perdiendo la distancia con lo simbolizado. En este sentido, se daría una pérdida de límites, y quedaría en evidencia una tendencia a la ecuación simbólica descrita por Melanie Klein, donde lo simbolizado pasa a ser el objeto mismo y pierde la cualidad del “como si”. Por ejemplo:

1+) Un espejo, para ver a todas las personas y para hacer que se sientan bien cuando se miran al espejo.

En cuanto al **control de impulsos**, se observa que este tiende a ser lábil, frágil, respondiendo sin previa reflexión, y en la mayoría con símbolos bizarros, inadecuados en su justificación, que no se atienen completamente a lo requerido en la evaluación; posiblemente dado su necesidad de proyectar su mundo interno. Esto se observa a través de tiempos de reacción (alargados o acortados), en la justificación de sus respuestas y en la incapacidad de simbolización que muestran algunas pacientes. Por ejemplo:

5" 1+) La luna, porque todos me mirarían y le daría luz al planeta. Aparte que sería signo de romanticismo para las parejas y además sabría todo lo que para en el planeta tierra porque se ve de todas las partes.

2" 1+) Cometa Halley, porque es ansiado para las personas y astrónomos. Es bien entretenido.

1" 1+) Una tumba de cementerio, porque sobre mí descansa alguien y cuando se reencarne será alma y en su cuerpo estará siempre conmigo atrapado y pagando por sus pecados.

(Inducción Reino Animal)

7" 2+) Una culebra cobra porque todos le temen por su veneno. Nadie la quiere ver.

6" 3+) Una planta carnívora, ¡no sé si existen! (se ríe), porque ellas son astutas para buscar su alimento, no son como las otras que hacen fotosíntesis.

Lo anterior demuestra un acortamiento en los *tiempos de reacción* de la paciente, junto con amplio *número de respuestas*, que además están teñidas con *justificaciones* ajenas a las características esenciales del símbolo. Esto alude a una debilidad en el control de impulsos y a una tendencia a la subjetividad.

Además, según el *análisis de las catexias*, tanto positivas como negativas, la mayoría de las pacientes no logran identificar aquello que temen o rechazan, y tienen grandes dificultades para identificar los recursos con que cuentan para hacerles frente. Por ejemplo:
2+) 15" ¿Tiene que ser vida?... Playa. Por la fuerza que me transmite el paisaje de una playa, por la fortaleza. Siempre lo relaciono con un día de verano, de sol, no de lluvia y de frío.

3-) ¿Puede ser un animal? ... 30" No me gustaría ser algo, relacionado con el paisaje, un lugar inerte, sin vida, desolado, desértico, el contraste de lo que dije anteriormente, porque me da el indicio de desacompañamiento, sin color. Eso básicamente.

Esto les causa **grandes montos de ansiedad** y confusión, reestructurándose mediante *la idealización y la devaluación extrema*. Esto se observa a través de una importante *ambivalencia* en sus elecciones, tanto en las catexias positivas como negativas. Por ejemplo:

12" 2+) ¡Ay! Qué horror, no me gusta nada.

14" Mar, probablemente. Dije mar porque en realidad me gusta el mar, no hay nada más de la naturaleza que me guste más, lo encuentro lindo, no me gusta tan amplio, disgregado.

En otra paciente observamos:

2" 1+) ¿Qué animal me gustaría ser?

10" Mariposa, porque tienen bonitos colores, pueden volar, son como libres, bonitas.

1" 1+) ¿Puede ser animal u objeto?. Angelito no...

25" Un delfín, porque son como tiernos, bonitos,

19" 2+) Una flor, porque son armónicas, son bonitas. ¿? Rosa, tulipán, margarita. Todas.

55" 3+) (se encoge de hombros y piensa). Una estrella, porque podría mirar todo el mundo, saber cómo están, podría acompañar a la gente y son bonitas.

10" 1-) Una araña, porque son feas, gordas, peludas, además que pican, son desagradables.

5" 1-) Una barata o cucaracha, porque son cerdas, son asquerosas (hace el gesto).

13" 2-) Un basural, porque sería hedionda, fétida, poco estético.

72" 2-) Un desierto, porque es árido, seco, nada florece, no tiene vida, infértil.

(Inducción reino vegetal)

5" 3-) ¿Vegetal, así para comer?. Betarraga, tiene un gusto asqueroso, es redondo, no es muy bello.

La mayoría de las evaluadas tiene un pobre conocimiento de sí misma. Además, los aspectos contradictorios de sí y de los demás, se hallan poco integrados. Existe una tendencia a quedarse con aquellos aspectos menos conflictivos y dolorosos, y el proyectar la agresión y sus necesidades en los otros para no tener que hacerles frente, y aceptar las dolorosas consecuencias que podrían traerles.

Además, dado el análisis de *contenidos temáticos*, se observa una tendencia a perderse en la relación con la realidad, llegando a fundirse en el otro, especialmente la figura materna, la cual contradictoriamente, es rechazada. Por ejemplo:

5" 2-) La tierra, el polvo, porque me da alergia y es tan efímero, no me gusta, y está en el suelo, lo pisan todos, es café, fea. Nada más.

(inducción reino vegetal)

10" 3-) Cebolla, tienen super mal olor, y se sacan de la tierra. ¿No es cierto? No me gusta que se saquen de la tierra, eso no más.

Se aprecia una fuerte *ambivalencia afectiva* en todas las pacientes, frente a lo amado y lo odiado, no logrando la integración y predominando un estilo de **relación objetal** marcado por la posición esquizo - paranoide, con el uso de la *escisión* entre aspectos buenos y malos. Por ejemplo:

1-) Una taza de baño, porque es como...no sé... tendría que soportar el peso y el desperdicio de todas las personas que van.

2-) Una lombriz, porque los Himalayas dicen que son reencarnaciones de personas que han hecho mucho sufrir a otras personas. Igual los Himalayas las cuidan, pero son feas, poco estéticas.

(Inducción Reino Vegetal)

3-) Vegetal...Una cebolla, porque cuando las pican, hacen llorar a las personas.

En otra paciente:

3+) No lo he pensado para no decir cualquier cosa, animal ya no...qué difícil ¿ y si no puedo pensar para no decir cualquier cosa?. (Inducción reino vegetal).

Un árbol con frutos...una higuera porque me gustan harto los higos, no necesita mayor cuidado, crece en una tierra no tan húmeda, no tan fresca, sino que en partes más desérticas, una flor necesita más cuidado”.

2-) Una hortiga, porque es una planta que al mínimo contacto con la mano, con tu piel no se puede tomar, es molesto, queda picando, no cumple ninguna función, utilidad, y a mí me gusta ser útil.

Se halla presente la temática de la dependencia y el temor al abandono, principalmente en torno a la figura materna. Existe una fuerte necesidad de apoyo, contención y protección, lo cual es negado, principalmente mediante un estado disfórico, evitando así tomar contacto con los afectos depresivos a través de la búsqueda de vivencias placenteras. Frente a esto, y la posibilidad de la pérdida objetal, existiría un predominio de *defensas negadoras e hipomaniacas, triunfo y devaluación sobre el objeto*, que junto con su agresividad y negación de la necesidad objetal, utiliza nuevamente la *escisión* y su ansiedad predominante se vuelve aún más persecutoria. Es como, si ante la sensación de haber deseado, “ansiado”, querido y requerido tanto de un otro, bajo una intensa voracidad, que nunca fue completamente satisfecha, necesitara adoptar una posición omnipotente, que nada requiere, que tan solo se basta a si misma, lo que por otro lado le reconfirma su entrañable abandono y soledad.

Las **relaciones objetales** están caracterizadas por una orientación oral, de extrema voracidad, siendo así muy demandantes y necesitadas de apoyo, lo cual se une, en la mayoría de los casos, a la percepción de una madre poco continente, incapaz de proveer lo necesario para satisfacer dichas exigencias. Es así como frente a esta situación tan insostenible, casi la totalidad de las pacientes tienden a negar esta gran dependencia, mostrándose contradictoriamente como personas muy independientes y autónomas. Por ejemplo:

1+) Caballo. Los encuentro preciosos, majestuosos, caballo salvaje, corriendo, espontáneo, libre, precioso.

En otra paciente:

2+) 2" Un pájaro. Siempre ha sido un sueño volar, desde chica, volar con alas, lo que le envidiaba a los pajaritos.

2+) 8" Un gato. Porque no sé, son independientes, libres, cada uno tiene su carácter, cada gato es un misterio.

La mayoría de estas mujeres presentan elevados montos de agresividad, tanto frente a ellas mismas como hacia los demás, en un intento de manifestar su intensa ira frente a las demandas orales no satisfechas junto con un deseo de llamar y captar la atención de los demás. Por ejemplo:

2-) 3" El diablo, porque es muy malo, quiere destruir a la gente.

El *mecanismo de la proyección* es generalmente utilizado también para poner los propios deseos en los otros, obteniendo ellas el control de las relaciones, siendo los otros lo que desean.

Además, se observan *grandes montos de ansiedad* que no siempre las pacientes logran controlar, ya que en casi la totalidad de los casos, se les dificultaba la adaptación a la tarea.

Estos montos de ansiedad aumentaban frente a las catexias que representaban las áreas problema, (dependencia vs independencia; amor vs odio, agresión, entre otras), tendiendo a demorar más en la elaboración de sus respuestas y/o perseverando en los contenidos que simbolizan dichas áreas particulares de conflicto. De esta forma, la cualidad de la ansiedad va a estar relacionada con la el área de dificultad, siendo el tipo de ansiedad predominante en la mayoría de los casos, la ansiedad persecutoria, en el sentido de enfatizar la necesidad de defenderse del daño que pudieran hacerle, derivando esto, en algunas oportunidades, en una ansiedad más depresiva, que enfatiza el sentimiento de soledad, tristeza y temor de hacer daño a los otros. Por ejemplo:

1-) 10" Un perro, los perros siempre andan solos, botados. Siempre los tratan mal.

3-) 10" ¿Algo inanimado?

20" Una silla, porque en las sillas se sienta cualquier persona encima, las mueve para donde quieren, sin lugar fijo.

En otra paciente:

1-) 3" Perro, porque lo tratan muy mal. Porque los perros son infelices, todos los pasan a llevar porque son perros.

3-) 27" El piso. Porque todos pasan por encima de uno.

Se aprecia un conflicto entre impulsividad vs. pasividad, en donde el dar libre curso a los impulsos y afectos implica el desbordarse, desorganizarse e incluso llegar a fundirse con los demás, siendo que lo más temido para la mayoría de ellas, es la pérdida de su individualidad.

Como ya se ha dicho anteriormente, las áreas principales de conflicto giran en torno a la dependencia, pero además podemos agregar conflictos con la capacidad de crecer, de progresar y de ser mujer, en el sentido de ir avanzando en las sucesivas etapas y períodos de

la vida, asumiendo diversas responsabilidades como el engendrar y tener la capacidad reproductiva, tanto a nivel psíquico como de la fantasía. Es así como se vivencia una necesidad y deseo de permanecer en una actitud infantil y regresiva, llegando incluso a la involución y la indiferenciación con la madre. Esto también se puede ver relacionado con el hecho de que la falta de una experiencia contenedora en la infancia, les impide realizar esta función, tanto con ellas mismas como con otro. Por ejemplo:

11” 1-) Un perro vagabundo. Porque anda a la deriva, no le pertenece a nadie, anda incierto en cómo va a vivir, sobrevivir en la realidad, qué va a comer. Generalmente es despreciado, lo echan de todos lados.

En otra paciente:

5” 3-) Un perro, porque no me gustan, son muy sumisos, los encuentro tontos. ¿Alguno en especial? Todos, o los cachorros, no me gusta que sean condescendientes con su amo.

VII. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

Nuestra investigación estuvo conformada por una muestra constituida por 12 mujeres entre 18 y 35 años de edad y que habían sido diagnosticadas con algún Trastorno de Alimentación, (Anorexia o Bulimia Nerviosa), por algún profesional de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile. Utilizamos como material de interpretación, las respuestas dadas, por las pacientes, ante el Cuestionario Desiderativo, siendo ésta una prueba proyectiva que se aplicó en forma individual.

De esta manera, podemos concluir, que la mayoría de las pacientes observadas, presentaron graves dificultades para adaptarse a las exigencias necesarias para la realización del cuestionario. Creemos que esto puede ser entendido principalmente por una falla en la capacidad para poder distinguir entre sus vivencias internas y la realidad externa, lo cual evidencia problemas en la adecuada interpretación de la realidad. Esto se refiere a una pérdida de límites con el exterior, en donde lo interno y externo, se funden formando una sola realidad yuxtapuesta e indiferenciable. Esto queda claramente manifiesto en la imposibilidad de reconocer los propios deseos y necesidades, de lo que los otros desean y necesitan.

Así mismo, se observa una marcada tendencia a la subjetivación de los hechos y a teñir la percepción con sus propios aspectos internos, perdiendo así la objetividad y distancia ante lo simbolizado, evidenciándose una alteración en el sentido de realidad. En este aspecto, se observa que sus justificaciones giraban en torno a ciertas dinámicas afectivas sin lograr desprenderse de sus conflictos.

Todo esto se relaciona en parte, a la gran proyección que realizan de su mundo interno como una forma de desprenderse de lo que en ellas no pueden reconocer, dado lo

doloroso y amenazante que les resultaría aceptarlo. Sin embargo, este mecanismo defensivo las empobrece impidiéndoles su propia integración y desarrollo psíquico, junto con confirmarles su percepción de un mundo hostil y amenazante incapaz de brindarles contención. Además, se observó una fuerte tendencia a la negación de las necesidades, especialmente de dependencia, por lo cual recurrían a la devaluación del otro y al uso de defensas hipomaniacas, como una forma de lidiar frente a este conflicto, adoptando una postura omnipotente.

En general podemos decir, que la capacidad de control de impulsos se haya disminuida en la mayoría de los casos. Se observa una escasa y pobre reflexión ante las respuestas, con aspectos y comentarios poco atinentes a la situación de evaluación y dificultades para ceñirse a las condiciones de la consigna. Al respecto, es importante destacar el sobredimensionamiento de cierto afectos e impulsos, que sin duda, se sustentan en dinámicas conflictivas subyacentes. En este sentido, se apreciaron altos montos de agresión, que parecen ser vivenciados como un ataque constante y concreto a su yo, sin poder integrarlos plenamente. En este punto, podemos hipotetizar que debido a esta dificultad para tomar contacto con sus propios aspectos valorados y rechazados de ellas mismas, es que no logran elaborar adecuadamente un concepto integrado de sí y tienden a volcar su insatisfacción, transformada en una ira intensa, sobre su propia persona. Esto deviene, en algunos casos, en una acción sádico-masoquista, donde ellas no son atendidas, satisfechas, valoradas, admiradas ni contenidas, por lo que se autoagreden privándose del amor materno que creen nunca haber recibido como merecían. Es en relación a esto que se observó una alta voracidad, traducida en una demanda excesiva al otro, quien dado el alto grado de exigencia proyectado, nunca cumpliría sus expectativas, lo cual refuerza la

fantasía inconsciente de no ser suficientemente “buena”, “bonita”, “deseable” y “perfecta” como para ser objeto de amor.

Considerando lo anterior, sus relaciones objetales se caracterizan por una falta de confianza en el objeto amoroso, sintiéndolo como poco contenedor e incapaz de tolerar la agresión, por lo que esta misma agresión se les vuelve aún más amenazante y persecutoria, con una fuerte ambivalencia, en donde se ama y odia a la vez, no pudiendo lograr la integración objetal, permaneciendo y favoreciendo el uso de la escisión y proyección de los aspectos agresivos. Esto se traduce en una ansiedad persecutoria, con un intenso temor a ser dañada y aniquilarse a sí misma, por lo que es mejor sumirse en una absoluta inercia e indiferenciación con respecto al mundo.

Destacan significativamente, ciertos conflictos tales como; la no resolución de la Dependencia vs. Independencia y el logro de la Autonomía; Fusión vs. Diferenciación; Progresión vs Regresión Patológica o Involución; Actividad vs. Pasividad; Vitalidad y Optimismo vs. Muerte. Es así, como a lo largo de nuestro análisis, observamos ciertas dinámicas que se podían abstraer en la mayoría de los protocolos, lo cual nos hacen pensar en un patrón similar de conflictos subyacentes a la patología clínica de los trastornos alimentarios. De esta manera, y en relación a la estructura y condiciones del Cuestionario Desiderativo, han salido a luz una serie de aspectos que se pueden entender como una gran dificultad de las pacientes para lograr una imagen de si mismas satisfactoria y un conocimiento integrado de sí, que les permita poder diferenciarse de las figuras significativas y adoptar una postura personal que no implique un continuo conflicto con la dependencia y pérdida de límites. Esto se puede entender de la siguiente manera: “Tengo que ser distinta, única, libre, no necesitar de nada ni de nadie, odiar tanto a mi madre que ya no pueda influenciarme, puesto que nunca me ha dado lo que yo necesito, y sin embargo,

soy una prolongación suya, aunque esto me lleve a la misma muerte”. Esta sería una forma de reflejar de manera extremadamente directa las fantasías inconscientes y aspectos del dinamismo psíquico de la mayoría de las evaluadas.

Si bien, necesitan adoptar una posición omnipotente, que no requieren de nada, que tan solo se bastan a si mismas, nunca lograron dicha independencia, nunca lograron esa confianza básica, la autonomía para poder crecer e independizarse sin negar la real existencia del otro, de ser necesitada por éste y su inevitable necesidad de amor, predominando el sentimiento de desolación y de desvitalidad. Es por esto que la única herramienta de contacto es la utilización de su cuerpo, para llamar la atención, siendo “la más esbelta”, “la más bonita”, “envidiable por su autocontrol” y para volcar sobre si misma la agresión que no pueden expresar a la figura primaria frustrante.

Esto se traduce en comportamientos sádicos – masoquistas, como ya mencionamos anteriormente, en donde la clínica del trastorno alimentario refleja el daño que estas pacientes se autoinfringen para lograr sus fantasías inconscientes. Esto es un gran indicador del predominio de la pulsión de muerte, como la agresión volcada en ellas mismas. Además, esta agresividad tiende a ser proyectada al exterior, lo cual fomenta la percepción de un mundo hostil y persecutorio, favoreciendo el estilo de relación marcado por la posición esquizo – paranoide.

Para finalizar, creemos importante señalar que nuestra investigación es muy limitada, sólo descriptiva, y no posee un real valor predictivo, ya que la muestra utilizada fue pequeña y muy heterogénea, referida solamente a un cierto nivel socioeconómico y obtenida de acuerdo a la accesibilidad de la Institución Clínica. Además, la muestra estuvo caracterizada por un alto grado de dispersión etaria, y no tuvimos la misma proporción entre pacientes diagnosticadas con anorexia nerviosa que con bulimia, siendo superior el

número de las primeras. Además, tuvimos el sesgo de que no todas las pacientes habían tenido psicoterapia previa, ni se encontraban actualmente en tratamiento, presentando igualmente la enfermedad al momento de la evaluación. Así mismo, no todas las pacientes habían sido objeto de hospitalización, y los niveles de gravedad variaron caso a caso. Las redes de apoyo con que contaban las pacientes eran muy disímiles y había una gran variabilidad respecto al tiempo transcurrido desde el inicio de la enfermedad. Además, la gran mayoría de las pacientes presentaban trastornos asociados, especialmente de personalidad, aunque el cuadro no era producto exclusivo de ellos.

Respecto a las limitaciones del análisis efectuado, una importante dificultad, es que la técnica utilizada, el Cuestionario Desiderativo, es una prueba proyectiva poco conocida y diversificada en el ámbito clínico, lo cual dificulta la obtención de información al respecto y el poder encontrar una pauta de análisis estandarizada. Por esto, la complejidad y la calidad de la información que se obtiene está en directa relación con las habilidades y experiencia de quien aplique el cuestionario, necesitando un gran bagaje teórico para interpretar adecuadamente el material. Dado nuestra inexperiencia, recurrimos a lo planteado por las autoras argentinas Celener y Guinzbourg, quienes han profundizado la técnica de Jaime Bernstein. Aún así, nos parece insuficiente lo logrado en cuanto estandarización y sistematización de respuestas esperadas frente a la consigna, por lo que es necesario nuevas investigaciones que ahonden este punto y amplíen el conocimiento de éste.

Por último, nuestra investigación tendría sólo un valor clínico exploratorio, siendo una primera aproximación a la comprensión de los trastornos de alimentación mediante el uso de ésta técnica, y proponemos un enriquecimiento de los resultados a través de la aplicación de otras técnicas que permitan contrastar los resultados obtenidos.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV)*. Barcelona: Masson S.A.
2. Anastasi, A.; Urbina, S. (1998). *Tests Psicológicos*. México: Prentice Hall.
3. Celener, G.; Guinzbourg, M. (1999). *El Cuestionario Desiderativo*. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.
4. CIE 10. (1992). *Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Organización Mundial de la Salud.
5. Duhalde, M. L. y Rider, M. (1997). *Perversión Femenina y Maternidad*. Memoria para optar a título de Psicólogo. Santiago de Chile: Universidad Gabriela Mistral.
6. Durcudoy, C.; Rencoret, S., (1999). *Descripción de las funciones de yo a través del Test de Rorschach en un grupo de pacientes adictos a la cocaína*. Memoria para optar al título de psicólogo. Santiago de Chile: Universidad Gabriela Mistral.
7. Esquivel, Heredia y Lucio. (1999). *Psicodiagnóstico clínico del niño*. México: Manual Moderno.
8. Gabbard, G. (1994). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. Londres: American Psychiatric Press.
9. Garner, D., Garfinkel, P. (1985). *Handbook of Psychotherapy for anorexia Nervosa and Bulimia*. Nueva York: The Guilford Press.
10. Garner, D., Garfinkel, P. (1988). *Diagnostic Issues in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*. Nueva York: Brunner / Mazel, Publishers.
11. Gomberoff, L (1999). *Introducción a la Psicología de Otto Kernberg*. Publicaciones técnicas mediterránea limitada. Santiago.
12. Grassano, E. (1974). *Indicadores Psicopatológicos en Técnicas Proyectivas*. Buenos Aires: Nueva Visión.
13. Hartmann, H. (1961). *Ego Psychology and the problem of adaptation*. New York: International Universities Press, Inc.

14. Heerlein, A. (2000). *Psiquiatría Clínica*. Capítulo 18, Trastornos de la conducta alimentaria, de Rosa Behar. Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile.
15. Hekier, M., Miller, C. (1996). *Anorexia-Bulimia: Deseo de Nada*. Buenos Aires: Paidós.
16. Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, L. (1991). *Metodología de la Investigación*. Ciudad de México: Mc. Graw Hill.
17. Hernández, P., (1998). *Conceptualización básica del Psicoanálisis*. Universidad de Concepción. Psicoarchivos clasificados, Internet.
18. Hinshelwood, R. D. (1989). *Diccionario del pensamiento kleiniano*. Amorrortu editores, Buenos Aires.
19. Klein, M. (1960). *Sobre Salud Mental*.
20. Laplanche, J. y Pontalis, J. (1981). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Labor.
21. López Ballesteros, L. (1987). *Tres Ensayos sobre una Teoría Sexual de Freud*. Barcelona: Alianza Editorial.
22. Matte, B. (1995). *Estudios de Psicología Dinámica*. Santiago: Editorial Universitaria S.A.
23. Montes, C. (2000). *Proposición de un modelo de aproximación a la Bulimia Nerviosa: Identidad y Bulimia*. Memoria para optar a título de psicólogo. Santiago de Chile: Universidad Gabriela Mistral.
24. Ojeda, C. (1983). *La Corporalidad y las Perturbaciones Psíquicas*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
25. Papalia (1987). *Psicología*. Barcelona: Masson S.A.
26. Revista de Psiquiatría Clínica. Sumario. Vol. XXXI – 1. Santiago de Chile. 1994.
27. Segal, H. (1996). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Editorial Paidós, Buenos Aires.
28. Silva, H. (1997). *Cátedra de Psicopatología para alumnos de la Universidad Gabriela Mistral*. Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile.

29. Siquier de Ocampo, M.L.; García Arzeno, M.E.; Grassano de Piccolo, E. (1974). *Las Técnicas Proyectivas y el Proceso de Psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Nueva Visión.
30. Vallejo, J (1998). *Introducción a la psicopatología y psiquiatría*. Barcelona: Masson S.A.

ANEXOS

ANEXO N°1

FACTORES PREDISPONENTES, PRECIPITANTES Y PERPETUANTES DE LA ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA:

La experiencia clínica diaria, demuestra hasta qué punto la influencia de los factores psicológicos personales y socioculturales es importante para el desarrollo de los trastornos de alimentación, específicamente para la Anorexia y Bulimia Nerviosa y cómo difícilmente puede llevarse a cabo una prevención y orientación terapéuticas globales sin tenerlos en cuenta.

Tanto los factores biológicos como los psicológicos y sociales actúan como elementos predisponentes, precipitantes y perpetuantes.

En la Anorexia Nerviosa:

⇒ Factores predisponentes:

Factores genéticos; Edad entre 13 y 20 años; Sexo femenino; Trastorno Afectivo; Introversión e inestabilidad; Obesidad; Nivel social medio-alto, Familiares con trastorno afectivo, Familiares con adicciones; Familiares con trastorno de la ingesta; Obesidad materna; Valores estéticos dominantes.

⇒ Factores precipitantes:

Cambios corporales adolescentes; Separaciones y pérdidas; Rupturas conyugales de los padres; Contactos sexuales; Incremento rápido de peso; Críticas sobre el cuerpo; Enfermedad adelgazante; Traumatismo desfigurador; Incremento de la actividad física; Acontecimientos vitales.

⇒ Factores perpetuantes:

Consecuencia de la inanición; Interacción familiar; Aislamiento social; Cogniciones anoréxicas; Actividad física excesiva; Iatrogenia.

En la Bulimia Nerviosa:

⇒ Factores predisponentes: Valores estéticos dominantes en la cultura occidental; Factores ambientales; Familiares con trastorno afectivo; Abuso de alcohol y drogas; Familiares con abuso de alcohol y drogas; Obesidad premórbida; Hipofunción serotoninérgica (genera un aumento de la ingesta y una disminución de sensación de saciedad); Reducción de la actividad de la neurotransmisión noradrenérgica, responsable del

desarrollo de una conducta semejante a una “adicción” por la comida; rasgos de personalidad relacionados con la búsqueda de emociones, excitabilidad, falta de persistencia y tendencia a la disforia ante situaciones de rechazo o falta de gratificación, rasgos que irían en contra de la rigidez necesaria para mantener una conducta de restricción dietética; Insatisfacción corporal; Trastorno afectivo; Acontecimientos vitales estresantes, como por ejemplo, el abuso sexual; Tolerancia fisiológica y psicológica a la restricción dietética.

- ⇒ Factores desencadenantes o predisponentes: Dieta como consecuencia de un sobrepeso vivido de forma insatisfactoria; Experiencias de pérdida o rechazo a nivel sentimental, familiar, laboral o académico; Estados afectivos concurrentes.
- ⇒ Factores perpetuantes: Persistencia y gravedad de los factores predisponentes. Por ejemplo, la restricción dietética, principal precursor del cuadro, se mantendrá en tanto que la preocupación morbosa por el peso y la silueta corporales no se modifique. Otro factor de mantenimiento sería la continuidad de una conducta disruptiva de los mecanismos reguladores de la conducta alimentaria, ya que el ciclo restricción - atracón y vómito comportarán alteraciones neuroendocrinas con ruptura de la cascada de la saciedad.

ANEXO N°2: ANÁLISIS FINAL DE CADA PACIENTE

ANÁLISIS PACIENTE N° 1

En cuanto a la relación con la realidad, la paciente presenta dificultades para adaptarse a lo largo de todo el cuestionario, evidenciándose una incapacidad para aprender de la experiencia. Esto es debido a que tiñe sus percepciones con vivencias personales, tanto corporales como emocionales, sin poder mantener una clara diferenciación entre sus vivencias internas y la realidad externa, no logrando inhibir satisfactoriamente la estimulación interna. Es así como pierde la objetividad en la interpretación de los hechos, junto con una falla en el sentido de realidad, principalmente por la gran subjetividad en la justificación de sus respuestas.

Esto se relaciona con una debilidad en la regulación de los impulsos, en el sentido de que tiende a teñir sus respuestas con justificaciones ajenas a las características esenciales del símbolo, poniendo en evidencia su falta de límites con comentarios acerca de su vida personal.

Se observa una falla en la implementación de los mecanismos necesarios para responder al test, evidenciándose una pérdida del “como si” de la consigna, y existiendo una tendencia a una disociación patológica dado una marcada distancia entre los símbolos valorizados y rechazados a lo largo del protocolo (sobreprotección-dependencia/abandono, lo bonito/ lo feo). En este sentido se observa una débil integración entre los aspectos rechazados y valorados de sí misma, lo que alude también a una falta de línea demarcatoria clara entre el sí mismo y el exterior.

También existiría una sobredimensión de la justificación tanto de contenido como formal, evidenciando una extrema necesidad de afecto y sobrecompensación de posibles carencias, así como una necesidad de reforzar la coherencia de sus procesos lógicos, respectivamente. Esto da cuenta de una debilidad yoica, porque quien sobrecompensa se siente en peligro de pérdida.

En cuanto a la capacidad de establecer relaciones objetales, se observa un estilo de relación basado en la temática de la dependencia y temor al abandono, necesitando de un contacto estrecho con el objeto.

Se observa la necesidad de dependencia, a través de la necesidad de ser reconocida, admirada y valorada. Es por esto, que niega su agresividad, la deja fuera, ya que expresarla puede ser muy amenazante en la relación con otros. Se observan sentimientos de pérdida, abandono y soledad, junto con una sensación de falta de límites, que agudiza su angustia. Se evidencia un temor al deterioro, al atribuirle a éste la causa del abandono. Para evitar la identificación, trata de aferrarse a lo concreto, tiñendo esto igualmente con sus afectos y sensaciones internas, relacionado con una incapacidad de representar en lo simbólico.

Se puede apreciar que la paciente se mostró perturbada por un importante monto de ansiedad, especialmente al no poder mantener la distancia con lo representado, y vivenciar las situaciones de manera amenazante. En este sentido, se ve angustiada por la consigna y el temor que le provoca la fantasía de su propia muerte, vivenciándolo como una pérdida real. Además, a la base de su angustia, existe una necesidad de desembarazarse de lo conflictivo que puede representar esta pérdida de la vitalidad y la consecuente pérdida del otro como sustento de su existencia. Es así, como cobra importancia la apariencia física, lo estético y la belleza, como la única forma de obtener el amor y reconocimiento de los otros, en lo cual basa la imagen de sí misma como principal fundamento.

ANÁLISIS PACIENTE N° 2

En cuanto a la relación con la realidad, la paciente presenta inicialmente dificultades para adaptarse y reorganizarse ante la tarea. Además se observa una interpretación subjetiva de los hechos, con ocasionales fallas en el sentido de realidad.

Si bien mantiene en lo formal una delimitación objetiva con los objetos del mundo, sin que éstos pierdan sus cualidades esenciales, de igual modo tiñe afectivamente sus vivencias internas, perdiendo la plena eficacia en la adaptación. Por lo tanto, se observa una pérdida de límites entre el sí mismo y el exterior.

Se aprecia un esfuerzo por mantener la coherencia de sus procesos lógicos, necesitando un tiempo para organizarse cuando el aumento de la ansiedad se torna perturbadora para ella, por ejemplo, emitiendo comentarios y tomándose un tiempo antes de responder a algunas catexias.

En este sentido, se observa a través del cuestionario que la paciente presenta dificultades para identificar sus propios recursos para hacer frente a aquello que teme o rechaza, puesto que tiene mayor consciencia de éstos últimos. Esto aumenta su ansiedad persecutoria, teniendo que apelar a recursos defensivos más primitivos, tales como la negación y defensas hipomaniacas, las cuales utiliza activamente para negar sus necesidades de dependencia y sentimientos depresivos, que vive disruptivamente como un aniquilamiento del yo, en términos de la fantasía inconsciente.

Esto se relaciona con una debilidad en el control de impulsos, que se observa a través de una dificultad en la implementación de los mecanismos necesarios para responder al test.

Se aprecian sentimientos de desesperanza, soledad y abandono, prevaleciendo un sentimiento de desolación.

En cuanto a las relaciones objetales, se aprecia un estilo de relaciones marcado por la necesidad de apoyo y protección, evitando tomar contacto con sus afectos depresivos a través de la búsqueda de vivencias placenteras que le permitan negar su estado disfórico y fantasearse libre y sin restricciones. Esto reflejaría un conflicto en relación con la independencia versus dependencia.

Este predominio de afectos depresivos, la llevan a una vivencia de inutilidad, infertilidad y ausencia de vitalidad, lo cual conduce a un predominio de los impulsos de muerte.

Ejemplo:

3-) ¿Puede ser un animal?

30" No me gustaría ser algo, relacionado con el paisaje, un lugar inerte, sin vida, desolado desértico, el contraste de lo que dije anteriormente, porque me da el indicio de desacompañamiento, sin color. Eso básicamente.

ANÁLISIS PACIENTE N°3

En cuanto a la relación con la realidad, la paciente presenta serias dificultades en el proceso de adaptación, no pudiendo diferenciar entre estímulos externos de las sensaciones internas, evidenciándose un fracaso en el proceso de simbolización. Es así como se produce una distorsión en la interpretación de los hechos y en el sentido de la realidad, tendiendo a teñir la percepción con sus vivencias internas.

Además se observa una dificultad en el establecimiento de límites entre el sí mismo y la realidad, apreciándose también aspectos narcisistas en el sentido de no poder desvincularse de aspectos propios de sí misma, para adaptarse a la realidad.

En cuanto al control de impulsos, se aprecia una tendencia a reaccionar en forma inmediata para evitar la reflexión y ponerse en contacto con la angustia que le genera la percepción de un mundo amenazante. Esto se relaciona con un fracaso en la implementación de los mecanismos necesarios para responder al test, no logrando identificar y apelar a sus propios recursos para defenderse de lo que teme, lo cual se le vuelve más persecutorio. Esto es debido a que presenta una gran dificultad en el reconocimiento de los aspectos valorados y rechazados de sí misma, tendiendo además a proyectar su mundo interno en los otros, empeorando la mantención de los límites.

En cuanto a las relaciones objetales, estas se caracterizan por una orientación receptivo-oral, siendo muy voraz y demandante con los demás, estableciendo vínculos de estrecha dependencia que la llevan a negar la existencia del otro, del cual depende. Estas relaciones están influenciadas por una fuerte ambivalencia y agresividad, percibiendo un mundo externo muy persecutorio y amenazante, que no es más que la proyección de su propia hostilidad que niega sin poder aceptar. En este sentido, tiene dificultades para tomar contacto con su propia agresividad, que vuelca sobre sí misma, aflorando aspectos sado-masoquistas.

Se observan conflictos en torno a la sexualidad, vivenciándola como impulsos muy agresivos, que ponen en peligro su integridad, por lo cual inhibe su expresión y los rechaza. Además se evidencia una devaluación de la figura materna, otorgándole características poco contenedoras y destructivas, de donde no puede provenir nada bueno, "porque todo lo ensucia" (catexia negativa inanimada: "polvo, tierra, porque todo lo ensucia"). La fertilidad es sentida como amenazante, dada la incapacidad de proveer los cuidados básicos y proteger de la angustia.

Se aprecia importantes montos de ansiedad confusional al inicio de la tarea, la cual se torna más persecutoria debido a la percepción de un mundo hostil y amenazante, y su escaso contacto con sus afectos.

ANÁLISIS PACIENTE N° 4

En cuanto a la relación con la realidad, la paciente lograría una adaptarse a ella, aunque precariamente, dado que habría una dificultad para diferenciar los estímulos externos de las sensaciones internas, afectando la interpretación de los hechos. Además, se aprecia una pérdida de distancia entre sus vivencias subjetivas y el símbolo representado, en donde predominan sus impulsos hostiles. De este modo, su sentido de realidad se encuentra perturbado, dado la subjetivación de sus percepciones.

Se infiere una orientación agresivo-oral, observándose la elección de símbolos con cualidades convencionalmente reconocidas como negativas, enfatizando una figura “engullidora” y que genera opresión (3+) Una planta carnívora...). En este sentido, se evidencia una tendencia sadomasoquista, con grandes montos de agresividad hacia los demás como también hacia sí misma, evitando el contacto que la pudiera dañar. Es incapaz de contener éstos impulsos agresivos proyectándolos hacia el exterior, el cual se le vuelve amenazante.

En relación a la regulación de los impulsos, se observa un débil control de éstos, debido a una tendencia a responder sin previa reflexión, perdiendo la capacidad de simbolización, no pudiendo diferenciar entre el símbolo y los aspectos representados. Además se observa una dificultad para distinguir los aspectos valorados y rechazados de sí misma, tendiendo a valorar aspectos convencionalmente reconocidos como negativos. También tiende a sobredimensionar la justificación de sus elecciones en un intento de reforzar la coherencia de sus procesos lógicos, sin lograrlo eficazmente.

Se observa una falla en la implementación de los mecanismos necesarios para responder al test, dejándose llevar por interpretaciones subjetivas, además de ahondar en justificaciones que no enriquecen la calidad de sus respuestas, destacando cualidades del símbolo que no le son atribuibles. Además, la paciente ante la vivencia de peligro, se desvitaliza y adopta una postura de mayor pasividad, dejando fuera sus afectos. Por ejemplo: 1+) La luna... 1+) Cometa Halley... 1+) Una tumba de cementerio...

En cuanto a las relaciones objetales, se aprecia un estilo de la relación caracterizado por el deseo de ser admirada y respetada, siendo un objeto “ansiado” para los demás, manteniendo en ella el control de las relaciones y la posibilidad de contacto. Esto se añade, a una intensa agresión ante el daño que cree haber recibido, lo cual la vuelve sádica en sus relaciones y rechaza su necesidad de dependencia. Respecto a su propia agresividad, muestra una actitud ambivalente, ya que si bien se defiende a través de ella, tiene temor de perder definitivamente el amor de los demás debido a ello.

Se aprecian contenidos que giran en torno a la necesidad de ser admirada y reconocida como única, evidenciándose aspectos narcisistas en la paciente, ejerciendo un control omnipotente para mantener la atención sobre ella. Tiene dificultades para incorporar y aceptar el afecto de otros, negando sus propias necesidades de dependencia.

Se observa, que la ansiedad que presenta es principalmente de tipo paranoide no pudiendo integrar los aspectos valorizados de los rechazados de sí misma, volviéndose éstos últimos, muy persecutorios. Esta ansiedad, la lleva a una tendencia a reaccionar en forma impulsiva para evitar la reflexión y contactarse con sus afectos.

ANÁLISIS PACIENTE N° 5

En cuanto a la relación con la realidad, se observa una frágil adaptación a ésta, en el sentido que la paciente no se observa contactada con la tarea, aunque cumpla formalmente con lo requerido. Le es difícil organizarse ante el impacto producido por la consigna, lo cual empeora durante el transcurso del test. Esto se relaciona con la pérdida de la objetividad en la justificación de sus respuestas, tiñendo la percepción con su mundo interno. Además, es necesario inducir en reiteradas ocasiones los reinos en las distintas catexias, observándose una pasividad en su actitud frente al test. Es así como, tanto la interpretación de los hechos como el sentido de realidad, se encuentran alterados. Esto daría cuenta de una dificultad para diferenciar sus sensaciones internas de los estímulos externos, y de ser capaz de diferenciarse de los demás.

En relación al control de impulsos, en general se observa una tendencia a la impulsividad, ya que si bien sus tiempos de reacción son adecuados y estables, en sus justificaciones hay una pérdida de distancia entre el símbolo y los aspectos representados, además tienden a ser subjetivas, en el sentido que no logra ajustarse a las cualidades esenciales del símbolo, adjudicándole atributos que le son muy impropios. A la vez, se aprecian ciertas perseveraciones en algunos reinos, con dificultades en la desidentificación.

Se infiere ciertas dificultades en la implementación de los mecanismos necesarios para responder al test, principalmente por un déficit en el establecimiento de límites entre el sí mismo y la realidad exterior, lo cual perturba la adecuada adaptación y resguardo frente a lo temido y rechazado. En este sentido, la paciente presenta una débil diferenciación interna con respecto a los otros, fundiéndose ocasionalmente en ellos.

En cuanto a las relaciones objetales, se aprecia un tipo de relación marcada por la necesidad de defenderse ante la agresión propia y ajena, proyectándola en la realidad externa, la cual se le vuelve persecutoria, con el inminente daño de los demás hacia ella. Es así, como esta agresión, vivenciada como propia despierta un intenso temor ante la posibilidad de dañar a los otros y perder su amor y protección, junto con verse agredida por ellos.

Además se observa un deseo de llamar la atención y obtener el amor y protección de los otros, que al no verse satisfecha, recae en ella una vivencia de soledad y desprotección, no pudiendo habérselas consigo misma. En este sentido, se define en relación a los otros, y el intercambio afectivo que pueda tener con estos, ya sea en términos de destrucción y aniquilamiento, o dependencia. Es por esto que se defiende de sus aspectos agresivos y depresivos, negando en ciertos momentos su conflicto y escindiendo los aspectos dolorosos, asumiendo una posición levemente omnipotente, que de todas formas no le es eficiente.

En relación a la ansiedad, esta se encuentra en general disminuida, observándose sólo ciertas perturbaciones cuando perseveraba en algún reino, y era necesario inducir. Además, su conducta observada era de mucha pasividad y poca expresividad, lo que se puede relacionar con un escaso contacto con los afectos. En cuanto a la cualidad, se infiere una ansiedad más de tipo persecutoria, en el sentido de que enfatiza la necesidad de defenderse del daño que pudieran hacerle, derivando en una ansiedad más depresiva que enfatiza el sentimiento de soledad, tristeza y temor de hacer daño a los otros.

ANÁLISIS PACIENTE N° 6

Se observa una relación con la realidad alterada, dado un fracaso en el proceso de adaptación, donde la paciente vivencia la nueva tarea como un ataque concreto a su integridad, desorganizándolo y perturbándola. Esto daría cuenta de un fracaso en la implementación de los mecanismos necesarios para responder al test. Además se infiere una dificultad para diferenciar los estímulos externos de las sensaciones internas, asociado a la incapacidad de reconocer el “como si” de la consigna, poniendo en evidencia una alteración en la interpretación de la realidad. Se aprecia, también, una alteración del sentido de realidad, dado la imposibilidad de usar representaciones verbales con las cuales identificarse y mantener la distancia.

En relación a la regulación de los impulsos, se aprecia un débil control de estos. Esto se infiere a través de tiempos de reacción acortados, sin llegar a una adecuada elaboración de sus respuestas. Es así, como no logra dar buenas respuestas símbolos y se observan serios fracasos en las sucesivas desidentificaciones.

Se observa una seria perturbación en la implementación de los mecanismos necesarios para responder al test, con una gran dificultad para diferenciar entre fantasía y realidad, poniendo en evidencia la fragilidad de su Yo, manifestando un fracaso parcial al test dado la imposibilidad de contestar a todas las catexias positivas, a pesar de su inducción. Esto se relaciona con el hecho de que no sabe defenderse de aquello que siente como peligroso, hipotetizándose que el desligarse de los aspectos que le generan mayor angustia, en las catexias negativas, disminuye la tensión. Por lo tanto, dado el fracaso en las catexias positivas, se infiere que la paciente no es capaz de rescatar sus aspectos más vitales para preservar su integridad, predominando el impulso de muerte sobre el instinto de conservación, sin poder defenderse de aquello que la atemoriza. El desvincularse de la condición humana le genera mucha angustia siendo incapaz de elegir otros símbolos en las catexias positivas, sin embargo, en las negativas, manifiesta el rechazo a permanecer en esta misma condición, lo que daría cuenta de un conflicto con la vitalidad.

Por ejemplo: 3-) No me gustaría volver a ser persona, porque he sufrido mucho en lo que he vivido.

A pesar de que los ejemplos anteriores no pueden considerarse como símbolos desiderativos, creemos que su significación es importante, dada la imposibilidad de usar representaciones verbales con las cuales identificarse y mantener la distancia.

Es así como, se observa una tendencia a la pérdida de distancia entre el símbolo y los aspectos representados, ya que el símbolo representante es equiparado a una vivencia interna, despertando la misma carga afectiva que aquel.

Se aprecia una subjetividad en algunas de sus justificaciones, destacando cualidades del símbolo que no le son esenciales. Además se observa una incapacidad para justificar los motivos de su elección en función de referentes externos, sino que se centra en una perspectiva egocéntrica.

En cuanto a sus relaciones objetales, estas se caracterizan por una extrema dependencia en torno a la figura materna, manteniéndose en una actitud regresiva, lo cual le impide crear otros vínculos y desarrollarse como individuo. Es así, como siente temor a ser rechazada y dañada, con lo cual mantiene su apego materno, hasta llegar a la sensación de quedarse sin vida.

Predomina en la paciente un fuerte impulso de muerte, que la lleva a una actitud de extrema pasividad y una sensación de aniquilamiento de su Yo, permaneciendo en un estado de involución. Es por esto que, necesita mantener un contacto estrecho con la figura materna, de la cual depende, careciendo de la autonomía necesaria para desarrollarse. Además, se aprecia una fragilidad y vulnerabilidad, con un temor intenso a ser dañada y rechazada, siendo invadida por sentimientos de soledad que no es capaz de tolerar.

Se observa un alto monto de ansiedad que la paciente no es capaz de dominar, fracasando en las catexias positivas, lo cual le impide responder adecuadamente al test y se bloquea. Esta ansiedad disminuye levemente después, puesto que es capaz de responder parcialmente a las catexias negativas, presentando poca riqueza en la justificación de sus respuestas y reiterando comentarios a cerca de su existencia como persona. La cualidad de su ansiedad es de tipo confusional y depresiva, puesto que la invade y bloquea, fracasando en la realización de la tarea. Además, sus temáticas giran en torno al sufrimiento padecido en la vida y deseos de muerte.

ANÁLISIS PACIENTE N°7

En cuanto a la relación con la realidad, se observa que la paciente logra un buen proceso de adaptación, implementando los mecanismos necesarios para responder al test. A pesar de que es capaz de reconocer el “como si” de la consigna, presenta dificultades en el logro de una adecuada interpretación de los hechos, en el sentido que tiende a homologar las sensaciones internas de los estímulos externos.

Sus justificaciones tienden, en algunos casos, a verse afectadas por una subjetividad, alterando el sentido de realidad. Además, se observa una dificultad en la diferenciación de sí misma con respecto a los otros, por lo que tiende a teñir la realidad con sus vivencias emocionales, perdiendo la capacidad de mantener los límites. Por ejemplo: 1+) Un espejo, para ver a todas las personas y para hacer que se sientan bien cuando se miran al espejo.

2-) Una hiena, porque es mala, se ríe del resto.

Por otro lado, predomina un adecuado control de impulsos, pudiendo dar buenas respuestas símbolos y adecuarse a las sucesivas desidentificaciones, a pesar de que en determinadas circunstancias tiende a responder impulsivamente, sin reflexionar antes de dar su respuesta, probablemente, para desembarazarse de la ansiedad que en ocasiones la embarga. Por ejemplo, ante las catexias negativas sus tiempos de reacción son muy breves, y casi instantáneos a la consigna. Esto se relaciona, con el hecho de que logra identificar claramente aquello que rechaza y teme, y por lo tanto, de lo que se tiene que defender.

En relación a los mecanismos de defensa, se puede inferir que la paciente necesita recurrir a una actitud pasiva y de menor afecto para defenderse del impacto producido por la consigna, empobreciéndose para poder adaptarse. A la vez, se observan ciertas dificultades para desidentificarse con el reino vegetal, probablemente debido a dificultades en torno a la temática de la dependencia.

Se observa que la paciente destaca en primera instancia una actitud omnipotente y narcisista, como una forma de evitar contactarse con sus aspectos más dolorosos y sus propias necesidades, especialmente necesidades de dependencia. Es así como valora la libertad y dar libre curso a sus impulsos, sin limitaciones externas. Es por esto que también rechaza ser controlada por los otros, sintiéndose “utilizada” por ellos. Además se aprecia un rechazo a sus propios afectos negativos, con los cuales puede dañar a los demás, por lo cual necesita tomar distancia y evitar el contacto.

En cuanto a las relaciones objetales, se aprecia la necesidad del establecimiento de un vínculo más incondicional, en donde no se sienta exigida, sea valorada y considerada como única y especial. Busca relaciones que le brinden libertad como una forma de encontrar su individualidad, sin depender de los demás, ni estar al servicio de sus deseos.

Se observa un adecuado monto de ansiedad, ya que esta no perturba la tarea, acentuándose levemente sólo cuando se hizo necesario inducir una de sus respuestas (reino vegetal en las catexias positivas). En cuanto a la cualidad de ésta, se puede decir que tiende a ser de tipo persecutoria, observada a través del contenido de sus respuestas.

ANÁLISIS PACIENTE N° 8

Se observa una relación con la realidad poco adecuada, ya que la paciente evidencia como desorganizadora toda nueva tarea o situación, no pudiendo adaptarse a los requerimientos ni al “como si” de la consigna en un primer momento. De esta manera, su adaptación a la realidad es deficiente, ya que existe un fracaso parcial en la implementación de los mecanismos necesarios para responder al test, especialmente en las catexias positivas. Esto repercute en la interpretación de los hechos, con dificultades para diferenciar las propias sensaciones de la estimulación externa, y mantener la objetividad. Además, hay una alteración en el sentido de realidad, tiñendo sus respuestas con aspectos subjetivos, dejándose llevar por una lógica personal y vivencias internas. Por ej.: 2-) Una ciudad grande, porque creo que son feas y no sé, no pasan muchas cosas buenas por ahí, por ejemplo, en Santiago.

Lo anterior, se observa principalmente, en un fracaso parcial en la realización del test, ya que tiene dificultades para desprenderse de lo antropomórfico y elegir un símbolo. Además es necesario inducirla en las catexias positivas, no así en las negativas, probablemente debido a que se vió fuertemente impactada por la consigna en un inicio, pudiendo sobreponerse posteriormente. Esto permite hipotetizar de que tiende a deshacerse rápidamente de lo que rechaza y le es doloroso, especialmente sus necesidades de dependencia, reaccionando en forma inmediata para evitar la reflexión y la angustia que esto le genera. Esto podría dar cuenta de una dificultad para defenderse de aquello que siente como temido, implicando una debilidad para hacerle frente, viéndose fácilmente invadida y perturbada. Por último, se aprecia una pérdida de distancia entre el símbolo y los aspectos representados, en donde la elección deja de ser un símbolo y es concretamente el objeto rechazado o valorado de si misma.

En relación al control de impulsos, se observa ciertas fallas en la regulación de éstos, debido a la dificultad de ir adecuándose a las sucesivas desidentificaciones y el fracaso inicial para acatar la consigna. En este sentido, se hizo necesario inducir el reino vegetal e inanimado en las catexias positivas, presentando un bloqueo que le imposibilitaba responder espontáneamente, infiriéndose grandes montos de angustia, que perturbaban su capacidad intelectual. Por otro lado, se observan ciertas respuestas dadas en forma impulsiva, sin lograr justificar los motivos de su elección, y sin poder reflexionar acerca de su propia conducta, centrándose en una perspectiva egocéntrica. Por ej.: 2+) (Inducción reino vegetal) Ningún vegetal... elegiría por simpatía... sandía, porque me gustan.

3+) (Inducción reino inanimado) Computador, porque me gustan.

Existe una tendencia a confundir los aspectos valorados y rechazados de si misma, por lo que se le hace difícil emplear mecanismos de defensa que le permitan hacer frente a lo temido y rechazado, fallando la barrera de protección entre las situaciones estímulo, internas y externas.

En cuanto a las relaciones objetales, se observa un desinterés por vincularse afectivamente con otros, y depender de éstos, ya que rechaza su debilidad, pasividad y necesidad de ser protegida.

Su principal conflicto gira en torno a la temática de tener que desarrollarse y proyectar su vida asumiendo sus cualidades y debilidades. Se observa una temática

persecutoria, relacionada con el rechazo de tener que ser expuesta a la mirada externa, rescatando sus deseos de ser independiente y volcarse en sí misma, en sus propios intereses. Desea controlar sus contactos con otros, negando el que ella pueda depender y necesite de ellos. Esto se relaciona con la fantasía de tener que hacer algo para obtener algo a cambio, para que le den el más mínimo cuidado. Es así como, negando su corporalidad cree negar su existencia y así evitar el tener que desarrollarse y asumir su proceso de crecimiento, sin el apoyo de personas significativas. De esta manera, se torna egocéntrica y autoreferente, bloqueando su contacto con el exterior, desafectivizando sus experiencias y evitando el dolor que le pudiera producir el reflexionar acerca de su condición.

Se observan grandes montos de ansiedad al inicio de la tarea, con mayores tiempos de reacción y comentarios de bloqueo, lo cual va disminuyendo progresivamente. La cualidad de la ansiedad es predominantemente de tipo confusional, impidiendo una reflexión selectiva y responder adecuadamente al test en un comienzo. Posteriormente la cualidad de la ansiedad se va tornando más depresiva.

ANÁLISIS PACIENTE N° 9

En cuanto a la relación con la realidad, se observan ciertas dificultades en el proceso de adaptación, dado que la paciente tiende a desorganizarse frente a la exigencia de la tarea, lo cual, al generarle importantes montos de angustia, la lleva a emitir comentarios alusivos a la dificultad de realizar dicha tarea, evidenciándose un bloqueo, del cual le es difícil recuperarse. Además se aprecia una pérdida de la capacidad para diferenciar los estímulos externos de las sensaciones internas, perdiendo el “como si” de la consigna, lo cual repercute directamente en la interpretación de los hechos y el mantenimiento de una postura egocéntrica. También, sus justificaciones se caracterizan por ser bastantes subjetivas y matizadas de vivencias internas, alterando a la vez el sentido de realidad.

Por ejemplo 2-) La tierra, el polvo, porque me da alergia y es tan efímero, no me gusta y está en el suelo, lo pisan todos, es café, fea. Nada más.

Relacionado con lo anterior, se observa una labilidad en la regulación y dominio de los impulsos, presentando dificultades en la adecuación a las sucesivas desidentificaciones y en el acortamiento en los tiempos de reacción frente a algunas de sus respuestas, lo cual es un indicador de situaciones de conflicto que se relacionan con el símbolo y su racionalización.

Se observa una falla en la implementación de los mecanismos necesarios para responder al test, evidenciándose una pérdida del “como si” de la consigna, como ya se dijo anteriormente. Esto se haya relacionado con el hecho de que presenta problemas para mantener los límites entre el sí mismo y la realidad, lo cual puede llevarla a desbordarse en momentos de gran tensión. Esto se relaciona principalmente con el uso de la negación, para negar sus necesidades de dependencia, especialmente frente a la figura materna. Todo esto permite hipotetizar una falta de integración y coherencia interna, junto con una dificultad en la resolución de la ambivalencia. Por ejemplo, incluyendo en la racionalización, tanto aspectos positivos como negativos en una respuesta.

Por otro lado, se puede agregar, que le cuesta defenderse de aquello que siente como peligroso, por lo cual tiende a la impulsividad y a la pérdida de límites, como una forma de deshacerse de la ansiedad que le genera no saber que hacer con sus impulsos y temores.

En cuanto a las relaciones objetales, se infieren aspectos narcisistas regresivos, que la llevan a oscilar entre, el establecimiento de relaciones muy dependientes y demandantes, a una negación de estas necesidades. Esta regresión implica perderse en un continente sin límites. Por lo que esta oscilación fluctúa entre una posición con intentos de obtener el control, separación e independencia, con una expresión libre de sus impulsos (sexuales), a una donde regresa nuevamente a la posición primitiva.

Se observa un temor a ser devorada, incorporada, a la vez que ella devora o no incorpora para poder controlar. Ella intenta negar la inactividad, el detenerse y la necesidad de depender de otro y requerir apoyo, por el intenso temor que esto le provoca. La posibilidad de algo progresivo lo vive con mucho sometimiento, y ella misma se somete y agrade a sí misma, “se pisotea”. Unido a esto, se aprecian conflictos relacionados con la temática del incorporar y expulsar, no logrando un balance adecuado entre qué se incorpora y qué se expulsa. Esto está estrechamente asociado a un conflicto de índole obsesivo, el cual no logra sopesar.

También, no puede reconocer su necesidad de “tierra”, como imagen de la figura materna, el sustento y la fertilidad, la cual no puede servirle para su proceso de progresión,

sino sólo en cuanto la acuna regresivamente, y la vuelve a un estado de menor diferenciación.

En general, se aprecian importantes montos de ansiedad desde el comienzo de la tarea, lo cual repercutió en dificultades para adaptarse al test. En este sentido, predomina una ansiedad de tipo persecutoria que se relaciona con su problemática para mantener los límites. Además, esta ansiedad la lleva a necesitar de apoyo externo para confirmar la logicidad y coherencia de sus procesos lógicos, debido a la gran inseguridad que le provoca el estar sumida cada vez más en su mundo interno, aumentando sus montos de ansiedad.

ANÁLISIS PACIENTE N° 10

Se observa una adecuada relación con la realidad, puesto que logra adaptarse e implementar los mecanismos necesarios para responder a la consigna, manteniendo un equilibrio y una buena acomodación al medio. Además, se aprecia una adecuada interpretación de los hechos, pudiendo reconocer el “como si” de la consigna. Sin embargo, en ocasiones, le es difícil mantener los límites, es decir, de diferenciar entre la realidad concreta y una experiencia imaginativa simbólica, equiparando las vivencias personales con el símbolo elegido. También, se observa una alteración del sentido de realidad, ya que existe una fuerza afectiva importante que la torna subjetiva en la justificación de sus respuestas, con una fuerte identificación con los aspectos representados de sí misma, sobredimensionando la justificación de sus respuestas y reiterando una misma temática.

En general logra mantener un adecuado control de impulsos, pudiendo adecuar la intensidad de éstos y dar buenas respuestas símbolos, salvo cuando su tendencia a la subjetivación, la lleva a una disminución del control racional en sus justificaciones. Es así como tiende a idealizar los símbolos elegidos en las catexias positivas, destacando cualidades no esenciales de estos, dejándose llevar por una lógica personal.

Esto se encuentra relacionado con una utilización de los mecanismos de defensa necesarios para responder al test, en general adecuada, pudiendo mantener la distancia entre lo real y lo simbólico, aunque el exceso de identificación con los símbolos elegidos, hace que, en ciertas circunstancias, éstos pierdan relativamente su eficacia, contaminando la percepción de los hechos y acentuando la subjetividad en la justificación de sus respuestas. Esto se da principalmente frente a las temáticas conflictivas personales de la paciente, (conflicto de independencia vs independencia), como una forma de subrayar una extrema necesidad.

En cuanto a las relaciones objetales, éstas se encuentran marcadas por una necesidad de ser vista como delicada y femenina, a la vez que mantiene una posición de independencia y un rechazo a toda posibilidad de sumisión y de depender de otro. Necesita preservar su individualidad negando toda necesidad de apoyo externo y los sentimientos de abandono que esto provoca, observándose una ambivalencia en relación al conflicto de ser o no independiente. En este sentido, tiende a rechazar toda necesidad de arraigo, tomándolo como sinónimo de ser controlada y oprimida por otros, lo cual no puede soportar, ya que se siente como un objeto que es usado. Por otro lado, el ser independiente le causa mucho temor, ya que esto implica enfrentarse a los sentimientos de soledad, lo cual vivencia como abandono. De todas formas, se observa una sobrevaloración de la libertad y la individuación, no logrando una identidad definida, ya que se muestra como única y especial, en función de una valoración externa. Es así como, se aprecia una postura ambivalente que la lleva a una contradicción interna, sin lograr una clara diferenciación de sus deseos y necesidades.

En relación a la ansiedad, sus montos son más elevados al comienzo del test, a pesar de que igualmente logra dar buenas respuestas símbolos. Estos montos comienzan a disminuir a medida que avanza el test, pudiendo reflexionar y tomarse más tiempo para pensar, mostrando una adaptación y buen manejo de la ansiedad a lo largo de la prueba. La cualidad de la ansiedad se relaciona con la temática de la dependencia vs. independencia, observándose la necesidad de sentirse única y especial, con temor a ser controlada y utilizada por otros, lo cual amenazaría su individualidad. En este sentido, se apreciaría una ansiedad de tipo persecutoria, con el acento en poder mirar y ser mirada libremente sin la

influencia externa. De igual manera, se observan aspectos más depresivos, en el sentido de rechazar la pasividad y dependencia, con miedo a la falta de afectos.

ANÁLISIS PACIENTE N° 11

En cuanto a la relación con la realidad, se observa una deficiencia en el proceso de adaptación, ya que la paciente vivencia como desorganizadora esta nueva situación, no pudiendo implementar mantenida y adecuadamente, los mecanismos necesarios para reorganizarse frente al impacto producido por la consigna. Esto se refleja en un fracaso parcial frente al test, en el sentido de que se produce una interpretación errónea de la consigna, sin lograr desprenderse en un primer momento de los aspectos antropomórficos, frente a lo cual se sobrepone, identificándose con lo contrario, un objeto inanimado. En este aspecto, se observa una alteración en la interpretación de los hechos y sentido de realidad, ya que no logra establecer una clara diferenciación del “como si” de la consigna, perdiendo los límites entre lo interno y la realidad, identificándose con las cualidades atribuidas al símbolo elegido. Además, tiende a justificar sus respuestas con cualidades poco esenciales del símbolo, con características marcadamente influidas por vivencias internas. Por ejemplo, 1-) Perro, porque lo tratan muy mal. Porque los perros son infelices, todos los pasan a llevar porque son perros.

En cuanto a la regulación de los impulsos, se observa un débil control de éstos, ya que se aprecian dificultades para ir adecuándose a las sucesivas desidentificaciones y para dar buenas respuestas símbolos. Tiende a ser impulsiva frente a lo que siente como peligroso, especialmente sus aspectos sádicos – masoquistas.

En cuanto al uso de los mecanismos de defensa necesarios para responder al test, se observa que ella tiende a reaccionar de manera inmediata para evitar la reflexión y ponerse en contacto con sus aspectos temidos. Es así como tiende a empobrecerse para lograr adaptarse, no logrando rescatar plenamente sus aspectos más vitales para preservar su integridad.

En sus relaciones objetales, se observa la necesidad de proyectar sus necesidades de dependencia en el otro, sin lograr reconocerlas como propias, tornándose éstos en los necesitados. Relacionado a esto, se observan sentimientos de desarraigo y una ambivalencia frente al vínculo materno, en cuanto éste le brinda protección y apoyo, valorando y rechazando simultáneamente el hecho de depender de ella para su existencia. También se observa una postura egocéntrica, con una temática relacionada con la obtención del control de las relaciones, en donde intenta no ser pasada a llevar, sin lograrlo plenamente, lo cual le genera mucha rabia.

Proyecta su propia agresividad en los otros, sin poder integrar sus propios aspectos agresivos en términos positivos. De esta manera, logra deshacerse de la agresión vivenciándola como algo externo, distinguiéndose aspectos sádicos – masoquistas, en donde el otro se vuelve agresivo y ella es la víctima de dicha agresión. En este sentido, asumiendo una posición de víctima agredida, se autodestruye, con la fantasía de ser devorada canibalísticamente.

Se observa un moderado monto de ansiedad, puesto que hace algunos comentarios de bloqueo y de la dificultad de dar una respuesta frente al test, dando cuenta de una ansiedad confusional que le impide adecuarse asertivamente a la consigna. Además en los contenidos de sus respuestas, se aprecian grandes montos de agresividad, que se relacionan principalmente con una ansiedad de tipo paranoide. Por ejemplo, 2-) El diablo, porque es muy malo, quiere destruir a la gente.

ANÁLISIS PACIENTE N° 12

Se aprecia una adecuada relación con la realidad, siendo capaz de adaptarse a la tarea y reorganizarse frente al impacto producido por la consigna, manejándose a un nivel simbólico. Es así como logra diferenciar entre fantasía y realidad, manteniendo adecuadamente la interpretación de los hechos. Sin embargo, tiende a sobredimensionar las justificaciones de sus respuestas, especialmente en el contenido, reiterando la misma temática, (lo estético, bonito v/s lo feo poco estético), lo cual está teñido de aspectos muy subjetivos y personales, alterando el sentido de realidad. En este sentido, necesita expresar su mundo interno, ya sea en sus justificaciones o mediante la negación, Además denota ocasionales dificultades en el logro de los establecimientos de límites claros entre ella misma y la realidad, especialmente con temáticas que le producen ansiedad, como la soledad y el abandono, vivenciándolas como un aniquilamiento. Por ejemplo, la elección de un símbolo disgregado en las catexias negativas (“Un desierto, porque es árido, seco, nada florece, no tiene vida, infértil”).

En general, se aprecia un adecuado manejo de los impulsos, siendo capaz de contestar satisfactoriamente al test. Sin embargo, en algunas ocasiones, sus tiempos de reacción tienden a alargarse, manifestando una importante necesidad de reflexión antes de emitir su respuesta y haciendo preguntas como un modo de tomarse un tiempo para contestar y contar con apoyo externo, como medio de controlar la ansiedad que le genera. Además busca precisión en su elección y lograr coherencia en la justificación, aunque se deja influenciar bastante con aspectos de su mundo interno, y con la reiteración de los contenidos de la racionalización, enfatiza sus necesidades y conflictos.

En cuanto a las relaciones objetales, se aprecia una necesidad de ser admirada y valorada en términos de sus cualidades y atributos externos, siempre en relación a ser importante y destacada para los demás, resaltar para llamar la atención, como un modo de negar y oponerse, a sus sentimientos de soledad y devaluación. De este modo, sus sentimientos depresivos son negados mediante mecanismos defensivos hipomaniacos, tratando de desvincularse de todo lo que significa carencia de vida y fertilidad. Por ejemplo,

- 1+) Mariposa, porque tienen bonitos colores, pueden volar, son como libres, bonitas.

1+) ... Angelito no...

Un delfín, porque son como tiernos, bonitos.

2+) Una flor, porque son armónicas, son bonitas. ¿? Rosa, Tulipán, Margarita. Todas.

3+) Una estrella, porque podría mirar todo el mundo, saber como están, podría acompañar a la gente, y son bonitas.

Lo anterior se relaciona, con un miedo a ser dañada y dañar a los objetos, como un temor a la contaminación con afectos negativos. Destaca una exaltación de la belleza y lo femenino, rechazando todo aquello que carezca de estas cualidades y que no brinde utilidad ni trascendencia, valorando un estilo de contacto profundo y especial. Es así como idealiza lo que la hace sentirse hermosa, especial y femenina, mostrándose totalmente “buena”, mientras que devalúa todo aquello que la hace sentirse poco “productiva” y ser rechazada. Sin embargo, en algunas ocasiones, esto lo realiza manteniendo una distancia, sin buscar una valoración más íntima y estrecha con los objetos, para poder protegerse del peligro del un contacto real. Su preocupación por la estética es considerable, como evitando la contaminación y el descontrol de los impulsos. También se observa un rechazo a la imagen materna, viéndola con características negativas, poco contenedora, con la facultad de

causarle algún daño. Por último, tiende a subjetivar la realidad, con interpretaciones teñidas con su mundo interno.

Presenta un moderado monto de ansiedad, en el sentido de que antes de dar la respuesta símbolo, en algunas ocasiones emite comentarios previos a su respuesta, como una manera de obtener más tiempo para pensar y ser más asertiva en su elección. Además sus tiempos de reacción tienden a ser alargados, permitiéndole elaborar mejor sus respuestas y reflejando un mejor manejo de la ansiedad. En cuanto a su cualidad, se aprecian contenidos depresivos que son rechazados y negados mediante mecanismos hipomaniacos.

ANEXO N° 3

INDICE DE SÍMBOLOS

S. Freud, (1915-1916), Obras Completas Vol. XV y XVI
Amorrortu editores, Buenos Aires, 1984.

A partir de su Conferencia sobre el simbolismo en el sueño, se pueden extraer los siguientes significados, aún sabiendo que: *“La gama de cosas que encuentran figuración simbólica en el sueño no es grande: el cuerpo humano como un todo, los padres, hijos, hermanos, el nacimiento, la muerte, la desnudez...”*. (Freud, 1916).

- ❑ Actividades ritmicas como danzar, cabalgar, trepar y ser aplastado, actividades artesanales y la amenaza con armas: figuraciones particulares del **comercio sexual**.
- ❑ Aeroestatos, máquinas voladoras, dirigible Zeppelin (propiedad de poder enderezarse en contra de la fuerza de gravedad): fenómenos parciales de la **erección**.
- ❑ Agua, todo lo relacionado con ella, ya sea que se precipita de ésta o se sale, rescata a una persona del agua o es rescatado de ella: tiene una **relación como de madre e hijo**.
- ❑ Alhaja y tesoro: designaciones de la **persona amada**.
- ❑ Alhajero: **genitales femeninos**.
- ❑ Alusiones oscuras y vacilantes: **estar muerto**.
- ❑ Animales pequeños o sabandijas: **hijos y hermanos**.
- ❑ Animales salvajes: **personas sensualmente excitadas, pasiones**.
- ❑ Armario, hornos, habitación: **vientre materno**.
- ❑ Armas agudas de cualquier clase, cuchillos, dagas, lanzas, sables, armas de fuego, fusiles, pistolas y revolver (con la propiedad de penetrar en el cuerpo y de herir): **miembro masculino**.
- ❑ Bastones, paraguas, varas, árboles alargados, etc. (por la forma): **miembro masculino**.
- ❑ Boca: **subrogación de la abertura genital en la mujer, partes del cuerpo de una mujer**.
- ❑ Bosque y matorral: **vello pubiano ambos sexos**.
- ❑ Caída o extracción de un diente: **castración por castigo del onanismo**.
- ❑ Caracol y los moluscos valvados: **mujer**.

- Casa: **cuerpo humano**.
- Con paredes enteramente lisas son **hombres**.
- Con salientes y balcones en las que uno puede sostenerse, **son mujeres**.
- Castillos, fortalezas, hornos, ciudad (circunda al hombre): **mujer**.
- Chancho: **fecundidad**.
- Corbata: **símbolo masculino**.
- Deshollinador: **comercio sexual**.
- Deslizarse y resbalar, arrancar una rama: **onanismo**.
- Dulce: **goce sexual**.
- Edificios como iglesias y capillas (no todos): **símbolo de la mujer**.
- Escalas de cuerda, las escaleras de mano o las interiores de las casas, y el subir por ellas: **comercio sexual**.
- Escudos: **hombre**.
- Figuras de autoridad como el emperador o la emperatriz, rey o reina, o personas encumbradas, que vuelan: **los padres, ya sea la madre, el padre o ambos**.
- Florescencia y flores: **genitales femeninos, virginidad, castidad**.
- Grifos, regaderas, surtidores (de los cuales fluye el agua); y objetos susceptibles de alargarse, lámparas colgantes, portaminas extensibles, etc.; limas de uñas y martillos: **miembro masculino**.
- Gusanos: **niños pequeños**.
- Habitación, según sea con ventanas, entradas y salidas de la habitación: **mujer y las aberturas del cuerpo** (importante si está abierta o cerrada).
- Herradura: **abertura genital femenina**.
- Hongo: **símbolo fálico**.
- Jardín: **símbolo de los genitales femeninos**.
- Juegos, tocar el piano: **satisfacción con los genitales propios**.
- Llama de fuego: **hombre**.
- Llave: **símbolo masculino**.
- Madera, papel y objetos hechos de éstos materiales, mesa, libros (todo lo que venga de materias primas): **símbolos de la mujer**.
- Madre tierra, monte, bosque: **mujer**.

- Manto: **hombre**.
- Manzanas, melocotones y frutos en general: **pechos de la mujer**.
- Máquinas complejas y difíciles de describir: **mecanismo del aparato sexual masculino**.
- Monte y roca: **símbolos del miembro masculino**.
- Paisaje con roca, bosque y agua (por la complicada topografía): **partes sexuales femeninas**.
- Partir, viajar en ferrocarril: **morir**.
- Pozos, cuevas y cavidades, vasijas y frascos, tinas, cajas, tabaqueras, baúles, cofres, cestas, bolsos, barcos (todos los objetos que comparten su propiedad de incluir un espacio cóncavo que puede recoger algo dentro de él): **genitales femeninos**.
- Puertas y portales: **símbolos de la abertura genital femenina**.
- Reptiles, peces y serpientes: **miembro masculino**.
- Ropa interior y ropa blanca: **símbolo femenino**.
- Sombrero, todo lo que cubre la cabeza: **símbolo masculino o femenino**.
- Todos los genitales masculinos: **Nº sagrado 3**.
- Trebol de 3 hojas: **hombre**.
- Una figuración típica o regular, es la casa: sería la **persona humana** como un **todo**. En éste sentido habrían variantes según como ésta aparezca:
- Ventanas, puertas y portales: **ingresos a cavidades del cuerpo**.
- Vestidos, uniformes: **desnudez, formas del cuerpo**.
- Zapatos y pantuflas: **genitales femeninos**.

ANEXO N°4

ANÁLISIS TEMÁTICO – TEMAS Y VARIACIONES Interpretación Psicoanalítica (Roy Schafer).

I. Dependencia, oralidad, preocupación por la oferta y la demanda:

Orientación receptivo-oral:

- a) **Alimento:** carne, vegetales, confites, helados, langosta cocida.
- b) **Fuentes de alimento:** pechos, ubres, pezones, sembrado.
- c) **Objetos alimenticios:** jarro de almíbar, sartén, garrafa.
- d) **Proveedores de alimento:** mozos, panaderos, cocineras, la madre de los pájaros, con un gusano.
- e) **Receptores pasivos de alimento:** pollitos con los picos abiertos, fetos, persona gorda, chancho.
- f) **Organos de alimentación:** boca, labios, lengua, garganta, estómago, cordón umbilical, ombligo.
- g) **Suplicantes:** (si el contexto es abundantemente oral): mendigo, persona rezando.
- h) **Criadores- protectores:** niñera, vaca, gallina, pájaro en nido, hada buena, ángel protector.
- i) **Regalos-personas que regalan (donadores):** Santa Claus, árbol de pascua.
- j) **Erotismo oral:** lápiz labial, labios.

Orientación agresiva-oral

- a) **Devoradores:** pájaros, animales de rapiña y ladrones con sus partes orales y garras como: león, tigre, tiburón, cocodrilo, vampiro, drácula, lobo, coyote, pulpo, jabalí, cangrejo, arañas, telas de araña, garras, dientes, picos de águila, uñas, colmillos, quijadas, canibales, gusano del tomate, mosquitos y los semejantes pueden considerarse como devoradores minimizados como defensa.
- b) **Devorados:** cadáver.
- c) **Figuras y objetos engullidores y opresores:** bruja, pulpo, sepultura, tornillo de carpintero, trampa, araña.

- d) **Figuras y objetos frustradores:** corazas, o corpiños (en un contexto fuertemente oral esto parece representar las barreras en el camino del objeto deseado: el pecho), mujer de pechos planos (sin pechos), bruja.
- e) **Privación:** mendigo, tierra desolada, piel de novillo en el desierto.

II. Orientación y preocupación anal:

- a) **Referencia anal directa:** ano, recto, colon, ancas, heces, W.C., caderas.
- b) **Suciedad:** fango, basura, mancha.
- c) **Asalto:** explosión, lava emergente, avión a chorro.

III. Orientación sado-masoquista:

Sadista, énfasis en la hostilidad, ataque, violencia, destructividad

- a) **Ataque anal:** explosión, volcán, gas venenoso.
- b) **Ataque fálico:** flecha, lanza, cañón, alicates, tijeras, clavos, hacha, sierra, rifle, cuchillos, punzón, cuernos, rinocerontes, centauro, toro atacando.
- c) **Hombre primitivo, agresivo:** hombre de las cavernas, figuras del Ku-Klux-Klan, salvajes, demonio, diablo, King Kong.
- d) **Mujer primitiva, agresiva:** arpía, brujas, medusa, Amazonas.

Protección, defensa

- a) **Ejemplos:** escudo, armadura, balas, casco, hombreras, coraza, fortaleza, puercoespín.

Masquismo, énfasis en hacerse víctima, daño, derrota o castigo

- a) **Mutilado:** persona con algún daño físico grave.
- b) **Gastado:** enfermo, arruinado, muerto, momia, muralla ruinosa, edificio bombardeado, hoja marchita, escombros, aguas estancada.
- c) **Oprimido:** esclavo, buey, yugo.
- d) **Castigado:** persona en suplicio, infierno, fuego, azufre.

IV. Orientación autoritaria:

Autoridad

- a) **Poder:** Dios, Jehová, Rey, Reina, corona, trono, cetro, general, almirante, policía, líder.
- b) **Status de alta sociedad:** escudo de armas, sombrero de copa, derby, abrigo de visón, palacio, mayordomo, castillo, alusión a riqueza, orgullo y formalidad, tanto en figuras como en objetos.

Subyugación

- a) **Sumisión:** esclavo, sirviente, cadenas, robot, marioneta, perrito francés trasquilado (que es mirado como animal doméstico más humillado), papagallos, mono o focas amaestradas, loro, peones.
- b) **Status social bajo:** objetos o ropas harapientas o destrozadas, choza, mendigo, esclavo, sirviente, referencia a la vulgaridad de figuras y objetos.

Rebelión

- a) **Ejemplos:** bandera, mapuches (o rebeldes de otros países), comunistas, diablo, figuras religiosas o mitológicas de rebelión.

Conflictos del Super Yo

- a) **Culpa:** infierno, purgatorio, Satán, oveja negra, fuego.
- b) **Moralidad:** Johová, profeta, puritano, policía, inquisitor.
- c) **Inocencia:** Jesús, madona, santo ángel, querubín, monje, monja, catedral, hada buena, Alicia en el país de las maravillas, conejito, Blanca Nieves.
- d) **Masoquismo:** ya mencionado.

V. Debilidad y fuerza en general:

Debilidad

- a) **Inadecuación:** hombre de paja, espantapájaro, fantasma, énfasis en la mala construcción o preparación de algo o alguien.

- b) **Temible:** persona o cosa temible, fea, desagradable, despreciable, enorme, amanzante, siniestro, figuras que asustan, tales como gorila, monstruo.
- c) **Necesidad de apoyo y dirección:** faro, bastón, muleta.

Fuerza

- a) **Poder físico:** figuras musculosas, Ej: Hércules.
- b) **Sabiduría:** Sócrates, Buda, Cristo, Shakespeare, Einstein, etc.
- c) **Liderazgo-fortaleza-heroísmo:** Napoleón, Franklin, Ohiggins, guerrero/a, rey/na, corona, etc.
- d) **Actitudes contrafóbicas:** monstruo de revista cómica, gorila de juguete, en general figuras o imágenes fóbicas empequeñecidas.

VI. Temor y actitud rechazante frente a la identificación masculina. Identificación femenina en el hombre:

Asignación de características sexuales opuestas, combinadas, poco definidas o arbitrarias.

- a) **Mixtas:** sirenas, centauro, lo cual puede referirse a sentimientos de ser en parte hombre y en parte mujer. Además pueden expresar un tema general más concerniente a impulsos, como mitad humano y mitad inhumano o mitad bueno y mitad malo.
- b) **Énfasis en lo femenino:** corpiño, camisa de dormir, corsé, medias, guantes, materiales, y tejidos de seda, tafetán, joyas, botellas de perfume, cosméticos, flores bonitas, candelabros, atención especial a detalles femeninos.
- c) **Concepción hostil, temerosa del rol masculino:** clavo, flecha, taladro, cañón y otros objetos mencionados en la sección sado-masquista.
- d) **Caracterización de mujeres hostiles, temibles, rechazantes:** amazona, bruja, meduza, peladora, arpía.
- e) **Énfasis en la castración:** alguien amputado, lisiado, falta de crecimiento o desarrollo, algo marchito o deformado, alicates, rama seca, tronco de árbol, alguien con cicatrices o heridas. Esto se puede relacionar con la debilidad referida anteriormente.
- f) **Preocupación y perspectiva anal:** ver descripción anterior.

- g) **Aumento general de imágenes sexuales, anales y orales:** pene, testículos, colon, ano, boca, comida, pecho, vagina, útero. Esto comúnmente puede ser el reflejo de preocupación por experiencias sexuales homosexuales o rol sexual difuso.

VII. Actitud temerosa y rechazante hacia la identificación femenina. Identificación masculina en mujeres:

Asignación de características sexuales opuestas, combinadas, poco definidas o arbitrarias

- a) **Mixtas:** ya mencionado.
- b) **Énfasis masculino:** objetos mecánicos, figuras y objetos atléticos, árbitro, patines de hielo, escalador de montaña.
- c) **Referencia a perversiones:** ya mencionado.
- d) **Concepción hostil, temerosa del rol masculino:** énfasis en la agresión fálica como lo ya mencionado.
- e) **Defendiendo de intrusión:** escudo.
- f) **Menosprecio de los hombres:** (castración simbólica) gnomos, enanos, niños, pencos, ciervo sin astas.
- g) **Menosprecio de figuras maternas:** mujeres de pechos planos o huesudos.
- h) **Actitud rechazante hacia roles y status femeninos convencionales:** mujeres comprometidas en chisme trivial, alusión a repulsión en aspectos relacionados con lo propiamente femenino.
- i) **Énfasis en la castración:** ya mencionado.
- j) **Atención sensual hacia detalles físicos femeninos:** fina descripción de las vestimentas, noviazgo, formas y atracción de figuras femeninas.
- k) **Aumento general de imágenes sexuales, anales y orales:** ya mencionado.

VIII. Actitud rechazante hacia los adultos, educadores, roles paternos:

- a) **Preocupación, regresión por imágenes de la infancia:** brujas, dragones, hechiceros, duendes, ogros, Blanca Nieves, Alicia en el país de las maravillas, cuna conejos, confites, helados.
- b) **Características devoradoras de los niños:** cocodrilos guaguas, pequeños demonios, diablos gordos, leones chicos, lagartos.
- c) **Énfasis en lo oral:** ya mencionado.

IX. Identificación negativa: desafiante, ostentosa, rol vital crónicamente fracasado o inadecuado:

- a) **Debilidad:** ya mencionado.
- b) **Énfasis en la castración:** ya mencionado.
- c) **Subyugación:** ya mencionado.
- d) **Masochismo:** énfasis en hacerse víctima, daño, derrota, castigo, ruina, etc. Junto con lo anteriormente dicho.
- e) **Frustración:** ver punto XII.

X. Narcisismo corporal: Sensualidad:

- a) **En general:** joyas, vestidos, botella de perfuma, peluquero, ropa, objetos decorativos, especialmente énfasis en el resplandor, fragilidad, delicadeza y textura, pavo real.

XI. Concerniente con reproducción y generación:

- a) **En general:** ovarios, úteros, abdomen preñado, huevos, cigüeña, feto, semen, estambre, pistilo, semilla, cordón umbilical, énfasis en los espacios vacíos, internos, grandes, llenos limpios, usados, rotos, anatomía de la pelvis distorsionada.

XII. Concerniente con vejez y muerte:

- a) **En general:** personas decadentes, referencia a la anatomía, objetos, plantas u animales como deteriorado, hoja marchita, piel arrugada. Se puede relacionar con lo masoquista.

XIII. Tono emocional: atmósfera interpersonal:

- a) **Triste:** personas con lágrimas, llorando, luto, ruina, decadencia.
- b) **Alegre:** ambiente de carnaval, circo, payaso, juguetean, baile, abrazo, besando, referencia a la infancia.
- c) **Frío:** esquimal, hielo, iceberg, nieve, oso polar.
- d) **Estéril:** solo, desierto, islita, tierra desolada.
- e) **Controlado:** gobernador, cronómetro, muralla, concha, objetos geométricos precisos.
- f) **Cauteloso:** tímido, lento, tortuga, caracol, conejo, rata, máscara.
- g) **Disturbio:** temporal, viento fuerte, nube de tormenta, relámpago, fuego, explosión, volcán, caos.
- h) **Activo:** saltando, brincando, bailando, jugando, empujando, cargando.
- i) **Inerte:** sentado o tendido, descansando, durmiendo, caracol, pereza.

ANEXO N°5 TABLA DEL ANÁLISIS DE LA MUESTRA

Pacientes	N°1	N°2	N°3	N°4	N°5	N°6	N°7	N°8	N°9	N°10	N°11	N°12
Edad	28	26	24	18	34	18	18	24	21	18	18	20
Diagnóstico Actual	Bulimia y Trastorno de Personalidad.	Anorexia	Anorexia	Anorexia	Anorexia	Anorexia	Anorexia	Bulimia	Bulimia	Anorexia	Anorexia	Anorexia
Diagnóstico Previos	Anorexia y Depresión		Trastorno de Personalidad	Bulimia	Trastorno de Personalidad		Depresión	Anorexia y Depresión	Depresión	Depresión		
Tratamiento Actual	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI
Tratamientos Previos	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Con medicamento Actual	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	SI (auto-medificada)	SI	SI	NO	SI
Existencia de Psicoterapia	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	NO	SI
Intento Suicida	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO
Tiempo de la Enfermedad	7 años	6 años	10 años	1 año	3 años	6 años	3 años	12 años	1 año	7 años	3 años	7 años

Estado Civil	Casada	Soltera	Casada	Soltera	Casada	Soltera	Soltera	Soltera	Soltera	Soltera	Soltera	Soltera	Soltera
Hijos	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Escolaridad	Estudios Técnicos	Estudios Superiores	Estudios Técnicos	3ro. Medio	Media Completa	Media Completa	Media Completa	Media Completa	Estudios Superiores	Estudios Superiores	Media Completa	8vo. Básico	Estudios Superiores
Familiares con enfermedades Psiquiátricas	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NO	SI	SI

BIBLIOTECA ARNALDO MERBILHAA COUSTERE
UNIVERSIDAD GABRIELA MISTRAL



3 5618 00027 8216