



**VNiVERSiDAD  
DSALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO  
DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**Departamento de Personalidad Evaluación y Tratamiento Psicológicos  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD**

Tesis presentada para obtener el Título de Doctor en Psicología

**Francisco Javier Sedano Pérez**

Directores:

Dr. Francisco Javier de Santiago Herrero y

Dra. María Montfragüe García Mateos

Salamanca, 2015

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

### Agradecimientos

Mi más sincero agradecimiento para la persona a quien llamaremos *Elisa*, -paciente E-, a todos los que intervienen directa o indirectamente en la elaboración de esta tesis y a los lectores futuros, esperando que encuentren alguna idea de utilidad.

Esta tesis es un intento de corresponder a la inmensa deuda de gratitud contraída con la ONG Proyecto Hombre Salamanca. A su presidente Manuel Muiños Amoedo, a la Coordinadora Terapéutica Esperanza González García y a la Terapeuta Grupal, Sara Ruiz Pérez, por su capacidad de resumir y acertar; como testimonio de gratitud y admiración por su excelente labor, al equipo de terapeutas, colaboradores y voluntarios, a los usuarios y participantes en este proyecto, pertenecientes al grupo de patología dual y sus familias, con la certeza de que entre todos se abrirá una nueva puerta a la esperanza y a la recuperación total.

Al Instituto Psicoanalítico de Salamanca, a los socios de honor, fundadores, titulares y numerarios, a los profesores, a los psicoanalistas en formación, ayudantes de investigación y alumnos de los cursos, los seminarios de psicoanálisis y los laboratorios de creatividad.

A todos los compañeros de la ya lejana primera promoción de Psicología de la Universidad de Salamanca y al pequeño pero selecto grupo de personas que se interesan por la investigación en psicoanálisis, especialmente a la profesora Cristina Jenaro Río, por su ejemplo como docente y constante fuente de inspiración en esta investigación.

A la Fundación Cencillo de Pineda, depositaria del inmenso legado intelectual del Profesor Luis Cencillo.

A María Montfragüe y Francisco Javier, directores de esta tesis, por su dedicación y su implicación.

A mis amigos, familia extensa, y a los más cercanos: Pablo, Francisco, Luis y Domitila.

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

Índice de Tablas.....	12
1. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS DE LA TESIS .....	18
2. INTRODUCCIÓN.....	22
MARCO TEÓRICO.....	25
3. EL TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO EN EL CONTEXTO DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA .....	25
3.1 Condiciones formales previas al tratamiento.....	25
3.2 Primeras entrevistas y establecimiento del encuadre terapéutico .....	26
3.3 La comunidad terapéutica .....	29
3.4 Conceptualización del término Comunidad Terapéutica .....	30
3.5 Principales rasgos de la metodología de la Comunidad terapéutica .....	33
3.6 La comunidad como agente terapéutico.....	35
3.7 Abandono del tratamiento en comunidades terapéuticas.....	40
3.8 La comunidad terapéutica Proyecto Hombre Salamanca.....	43
4. TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA DUAL.....	47
4.1 Definición de la Patología Dual .....	47
4.2 Patología dual: situación actual .....	50
4.3 Diferentes hipótesis sobre la Patología Dual:.....	55
4.4 Paradigmas explicativos de la Patología Dual. ....	56
4.5 Investigaciones en patología dual.....	58
4.6 ¿Qué puede aportar el psicoanálisis al tratamiento de la Patología Dual?.....	67
4.7 Reformulaciones teóricas .....	69
5. EL TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE BASE ANTROPOLÓGICA.....	72
5.1 Delimitación del tratamiento psicoanalítico.....	72
5.2 Importancia del lenguaje en el tratamiento psicoanalítico.....	78
5.3 Sobre la ciencia y la eficiencia del psicoanálisis.....	80

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

<b>5.4 Psicoterapia psicoanalítica y Psicoanálisis .....</b>	<b>87</b>
<b>5.5 El método terapéutico del Dr. Freud .....</b>	<b>92</b>
<b>5.6 La base antropológica del psicoanálisis.....</b>	<b>99</b>
<b>5.7 El sistema de psicoterapia de Luis Cencillo: Psicoanálisis de base antropológica.....</b>	<b>105</b>
<b>6. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS INTERACCIONES TERAPEUTA-PACIENTE .....</b>	<b>128</b>
<b>6.1 Identidad relativa y diferencias de las metodologías C y Q.....</b>	<b>129</b>
<b>6.2 El análisis cualitativo en psicoterapia y las representaciones gráficas.....</b>	<b>132</b>
<b>6.3 Presentación gráfica de resultados cualitativos.....</b>	<b>137</b>
<b>6.4 Sistema de codificación de las intervenciones del terapeuta. Ejemplos.....</b>	<b>139</b>
<b>6.5 Interacción y transferencia: Contenidos transferidos y efectos transferenciales... </b>	<b>144</b>
<b>6.6 Clasificación de los efectos transferenciales (Cencillo, 1978) .....</b>	<b>146</b>
<b>7. DEFINICIÓN DE LOS ÍNDICES DINÁMICOS DE SALUD (IDS) .....</b>	<b>151</b>
<b>8. CRITERIOS DE SALUD MENTAL EN LA HISTORIA DEL PSICOANÁLISIS .....</b>	<b>154</b>
<b>8.1 Antecedentes .....</b>	<b>154</b>
<b>8.2 Sigmund Freud (1856 - 1939) .....</b>	<b>161</b>
<b>8.3 Carl Gustav Jung (1875-1961).....</b>	<b>165</b>
<b>8.4 Alfred Adler (1870-1937) .....</b>	<b>168</b>
<b>8.5 Ernest Jones (1879 - 1958) .....</b>	<b>169</b>
<b>8.6 Melanie Klein (1882- 1960).....</b>	<b>170</b>
<b>8.7 Anna Freud (1895-1982) .....</b>	<b>173</b>
<b>8.8 Wilhelm Reich (1897-1957).....</b>	<b>175</b>
<b>8.8 Heinz Hartmann (1894-1970) .....</b>	<b>177</b>
<b>8.9 Donald Winnicott (1896- 1971).....</b>	<b>178</b>
<b>8.10 Erich Fromm (1900-1980).....</b>	<b>180</b>
<b>8.11 Luis Cencillo (1923-2008).....</b>	<b>184</b>

<b>9. ANÁLISIS DEL DISCURSO DEL PACIENTE (CENCILLO, 1988)</b> .....	<b>188</b>
<b>9.1 Información y significación</b> .....	<b>189</b>
<b>9.2 Marcos de referencia:</b> .....	<b>190</b>
<b>9.3 La significación</b> .....	<b>195</b>
9.3.1 La significación en el habla. ....	196
9.3.2 La significación en el lenguaje .....	197
<b>9.4 Hermenéutica psicoanalítica</b> .....	<b>200</b>
<b>9.5 Referencia y verificación contextual</b> .....	<b>205</b>
<b>9.6 Conclusiones epistemológicas de la hermenéutica psicoanalítica.</b> .....	<b>207</b>
<b>MARCO METODOLÓGICO</b> .....	<b>208</b>
<b>10. ÍNDICES DE SALUD MENTAL ORTIZ, SEDANO &amp; DE SANTIAGO.EL CUESTIONARIO ISMOSS (2013) VERSIÓN REVISADA.</b> .....	<b>208</b>
<b>10.1 Justificación teórica del cuestionario iSMOSS</b> .....	<b>208</b>
10.1.1 Análisis de la fiabilidad de la escala iSMOSS .....	209
10.1.2 Análisis de la diferencia de puntuaciones promedio en función de la pertenencia al grupo general o clínico .....	209
10.1.3 Análisis discriminante .....	210
10.1.4 Funciones discriminantes canónicas no tipificadas evaluadas en las medias de los grupos.....	212
<b>10.2 Descripción del cuestionario.</b> .....	<b>214</b>
<b>10.3 Campos de significación del cuestionario iSMOSS</b> .....	<b>216</b>
<b>10.4 Descripción de los índices de salud mental:</b> .....	<b>219</b>
<b>Hoja de resultados: Puntos de corte y descriptores de los niveles</b> .....	<b>220</b>
<b>10.5 Discusión de los resultados pre y post tratamiento del Caso E.</b> .....	<b>221</b>
<b>10.6 La entrevista iSMOSS</b> .....	<b>222</b>
<b>11 METODOLOGÍA PSICOANALÍTICA DE CASO ÚNICO: CASO ELISA ....</b>	<b>224</b>
11.1 El caso en los textos freudianos.....	227

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

11.2 Método, registro clínico y “texto sagrado” del paciente. ....	229
11.3 Investigación y práctica clínica. ....	230
<b>RESULTADOS</b> .....	<b>232</b>
<b>RESULTADOS DEL REGISTRO CLÍNICO DURANTE EL TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE ELISA</b> .....	<b>232</b>
<b>12. FASES INICIALES DEL TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN DE LOS ÍNDICES DINÁMICOS DE SALUD (IDS) CASO ELISA</b> .....	<b>232</b>
12.1 Articulación del proceso de psicoterapia psicoanalítica de este caso en 8 fases. ...	233
12.2 Fase inicial .....	234
12.3 Fase exploratoria .....	248
iDS de la sesión 4.....	250
iDS de la sesión 8.....	253
<b>13. ÍNDICES DINÁMICOS DE SALUD DE LA FASE MESETARIA</b> .....	<b>258</b>
13.1 Sesión 12 .....	261
13.2 Sesión 13 .....	263
13.3 Sesión 14 .....	265
13.4 Sesión 15 .....	267
13.5 Sesión 15 .....	269
13.6 iDS y Campos de significación de la fase mesetaria .....	270
<b>14. ÍNDICES DINÁMICOS DE SALUD Y RESISTENCIAS DE ELISA</b> .....	<b>279</b>
14.1 Sesión 17 .....	280
14.2 Sesión 19 .....	281
14.3 Sesión 20 .....	283
14.4 Valoración de iDS y Campos de Significación en la fase resistensiva.....	284
<b>15. ÍNDICES DINÁMICOS DE LA RESOLUCIÓN DEL CASO ELISA.</b> .....	<b>291</b>
15.1 Sesión 27 .....	294
15.2 Sesión 28 .....	297
15.3 Sesión 29 .....	299



**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

<b>15.4 Valoración de iDS y Campos de significación en la fase resolutiva .....</b>	<b>302</b>
<b>16. ÍNDICES DINÁMICOS DE LA INTEGRACIÓN, CASO ELISA. ....</b>	<b>309</b>
<b>16.1 Sesiones 33, 34 y 36 .....</b>	<b>312</b>
<b>17. LA RESEMANTIZACIÓN EN EL CASO ELISA .....</b>	<b>318</b>
<b>17.1 Sesión 37 .....</b>	<b>320</b>
<b>17.2 Sesiones 38, 39 y 40 .....</b>	<b>322</b>
<b>18. EL FINAL DEL TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE ELISA.....</b>	<b>329</b>
<b>18.1 Criterios de alta de Elisa .....</b>	<b>329</b>
<b>18.2 Sesión 43 .....</b>	<b>331</b>
<b>18.3 Sesión 45 .....</b>	<b>334</b>
<b>18.4 Sesión 46 .....</b>	<b>337</b>
<b>18.5 Resumen de la evolución de los campos de significación en las fases finales. ....</b>	<b>339</b>
18.5.1 -Evolución del campo emocional en las fases finales .....	342
18.5.2 -Evolución del campo práctico en las fases finales .....	344
18.5.3 -Evolución del campo corporal en las fases finales.....	345
18.5.4 -Evolución del campo existencial en las fases finales .....	348
<b>18.6 Cumbres y Valles del tratamiento psicoanalítico de Elisa.....</b>	<b>349</b>
<b>18.7 Nube de los iDS-EMOCIONALES .....</b>	<b>353</b>
<b>18.8 Nube de los iDS-PRÁCTICOS .....</b>	<b>354</b>
<b>18.9 Nube de los iDS-CORPORALES .....</b>	<b>355</b>
<b>18.10 Nube de los iDS-EXISTENCIALES .....</b>	<b>356</b>
<b>18.11 Nube de Cumbres y Valles de los iDS en el tratamiento psicoanalítico de Elisa.....</b>	<b>357</b>
<b>19. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE ELISA. ....</b>	<b>358</b>
<b>19.1 Entrevista inicial.....</b>	<b>358</b>
Datos personales .....	358
Situación laboral.....	360

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

Relaciones interpersonales. ....	360
Situación relacional actual.....	360
Sucesos vitales significativos durante el último año. ....	360
Primeros recuerdos, sueños y deseos.....	360
<b>19.2 RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DE ELISA.....</b>	<b>361</b>
19.2.1 CUESTIONARIO DE PSICOTERAPIA (FUNDIPP).....	362
19.2.2 EGOGRAMA Y POTENCIAL DE AUTOEFICACIA . EPA-iPsiS (De Santiago, Sedano & Ortiz).....	363
19.2.3 TEST DE RORSCHACH.....	368
19.2.4 TEST PROYECTIVO DE DIBUJO HOUSE-TREE-PERSON de BUCK ..	380
Resumen del análisis comparativo entre los dibujos iniciales y finales.....	390
9.2.5. ISMOSS- ÍNDICES DE SALUD MENTAL ORTIZ, SEDANO & DE SANTIAGO.....	391
<b>19.3 COMPARACIÓN DE RESULTADOS ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO DE ELISA .....</b>	<b>395</b>
<b>20. CONCLUSIONES Y NUEVAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN. ....</b>	<b>396</b>
<b>20.1 CONCLUSIONES DEL MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>397</b>
El método del Dr. Freud aplicado a la patología dual .....	397
El psicoanálisis de base antropológica .....	399
Hermenéutica analógica .....	399
Cadenas semánticas y campos de significación .....	401
Los índices dinámicos de salud (iDS) .....	403
<b>20.2 CONCLUSIONES DEL MARCO METODOLÓGICO.....</b>	<b>404</b>
El tratamiento psicoanalítico de la patología dual en la comunidad terapéutica.....	404
Técnica mixta de sesiones individuales presenciales y virtuales, sesiones de psicoanálisis grupal y psicodrama. ....	405
Técnica “artesanal” de identificación de campos de significación y valoración de cadenas semánticas.....	406
La identificación de núcleos de conflictividad a través de los iDS. ....	407

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

Observación de la evolución de las fases del proceso a través de los iDS.....	410
<b>20.3 CONCLUSIONES CLÍNICAS.....</b>	<b>411</b>
Resumen de los resultados pre y post tratamiento.....	411
Evidencias clínicas de la naturaleza “dual” de la patología en este caso. ....	414
Evidencias clínicas de la resemantización.....	415
Criterios de alta.....	416
<b>21.    NUEVAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>417</b>
<b>22.    REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>420</b>
<b>23.    BIBLIOGRAFÍA GENERAL .....</b>	<b>426</b>

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

**Índice de Tablas**

Tabla 1 Clasificación escalar de las ciencias.....	82
Tabla 2 Las seis características diferenciales del psicoanálisis.....	92
Tabla 3 Atributos de los paradigmas cualitativo y cuantitativo, Q y C.....	131
Tabla 4 Atributos de los métodos cualitativo y cuantitativo.....	132
Tabla 5 Grado de efecto, nivel y tendencia.....	138
Tabla 6 Funcionalidad Técnica de las intervenciones del terapeuta.....	139
Tabla 7 Análisis de contenido.....	141
Tabla 8 Ejemplo: Análisis de contenido de la primera sesión.....	142
Tabla 9. Análisis de la fiabilidad de la escala iSMOSS.....	209
Tabla 10 Análisis de la varianza.....	210
Tabla 11. Coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas.....	211
Tabla 12. Matriz de estructura.....	211
Tabla 13. Funciones en los centroides de los grupos.....	211
Tabla 14 Resultados de la clasificación.....	214
Tabla 15. Items del cuestionario iSMOS.....	215
Tabla 16. Hoja de resultados del iSMOSS. Paciente E. Antes y después del tratamiento. (Ejemplo).....	218
Tabla 17. Hoja de resultados del ISMOS antes y después del tratamiento.....	218
Tabla 18. Respuestas al test de Rorschach – Antes del tratamiento – Protocolo inicial .....	370
Tabla 19. Psicograma. Análisis cuantitativo inicial.....	371
Tabla 20. Respuestas al test de Rorschach – Después del tratamiento.....	376
Tabla 21. Psicograma. Análisis cuantitativo final.....	377
Tabla 22. Resultados de los Índices de Salud Mental - iSMOSS Caso E-♀ Patología Dual, antes (línea blanca) y después del tratamiento (línea negra). .....	392
Tabla 23. Resultados de los Índices de Salud Mental - iSMOSS.....	392
Tabla 24. Comparación de resultados antes y después del tratamiento de Elisa.....	395
Tabla 25 Valoración de cadenas semánticas, sesión 1 .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

Tabla 26 Valoración de cadenas semánticas, sesión 2 ..... **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 27 Valoración de cadenas semánticas, sesión 3 ..... **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 28 Valoración de cadenas semánticas, sesión 8 ..... **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 29 Valoración de cadenas semánticas, sesión 12 .... **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 30 Valoración de cadenas semánticas, sesión 13 .... **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 31 Valoración de cadenas semánticas, sesión 14 .... **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 32 Valoración de cadenas semánticas, sesión 15 .... **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 33 Texto completo, sesión 16..... **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 34 Valoración de cadenas semánticas, sesión 17 .... **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 35 Valoración de cadenas semánticas, sesión 19 .... **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 36 Valoración de cadenas semánticas, sesión 20 .... **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 37 Valoración de cadenas semánticas, sesión 27 .... **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 38 Valoración de cadenas semánticas, sesión 28 .... **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 39 Valoración de cadenas semánticas, sesión 29 .... **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 40 Valoración de cadenas semánticas, sesión 33 .... **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 41 Valoración de cadenas semánticas, sesión 34 .... **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 42 Valoración de cadenas semánticas, sesión 35 .... **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 43 Valoración de cadenas semánticas, sesión 36 .... **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 44 Valoración de cadenas semánticas, sesión 37 .... **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 45 Valoración de cadenas semánticas, sesión 38 .... **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 46 Valoración de cadenas semánticas, sesión 39 .... **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 47 Valoración de cadenas semánticas, sesión 40 .... **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 48 Valoración de cadenas semánticas, sesión 43 .... **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 49 Valoración de cadenas semánticas, sesión 45 .... **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 50 Valoración de cadenas semánticas, sesión 46 .... **¡Error! Marcador no definido.**

## Índice de Figuras

Figura 1. Histograma de las puntuaciones discriminantes de los grupos general y clínico ..	213
Figura 3: % Paciente /Terapeuta, Sesión 1 .....	234
Figura 4: Discurso del paciente, campos de significación de la sesión 1 .....	236
Figura 5: iDS, cadenas semánticas de la sesión 1 .....	238
Figura 6: Valoración acumulada de los campos de significación de la sesión 1 .....	239
Figura 7: Porcentaje de texto paciente/terapeuta en la sesión 2 .....	241
Figura 8: Discurso del paciente, campos de significación de la sesión 2 .....	242
Figura 9: iDS cadenas semánticas de la sesión 2 .....	243
Figura 10: Campos de significación de la sesión 2 .....	244
Figura 11: Porcentaje de texto paciente/terapeuta en la sesión 3 .....	245
Figura 12: Discurso del paciente, campos de significación de la sesión 3 .....	246
Figura 13: iDS, cadenas semánticas de la sesión 3 .....	247
Figura 14: Campos de significación, sesión 3 .....	248
Figura 15: Porcentaje de texto paciente/terapeuta en la sesión 8 .....	253
Figura 16: Discurso del paciente. Campos de significación, sesión 8 .....	254
Figura 17: iDS cadenas semánticas, Sesión 8 .....	255
Figura 18: Campos de significación, sesión 8 .....	256
Figura 19: iDS, cadenas semánticas de la sesión 12 .....	262
Figura 20: Campos de significación- Sesión 12 .....	263
Figura 21: iDS, cadenas semánticas, sesión 13 .....	264
Figura 22: Campos de significación, sesión 13 .....	265
Figura 23: iDS Cadenas semánticas, sesión 14 .....	266
Figura 24: Campos de significación, sesión 14 .....	267
Figura 25: iDS, cadenas semánticas, sesión 15 .....	268
Figura 26: Campos de significación, sesión 15 .....	269
Figura 27: iDS, cadenas semánticas, sesión 16 .....	269
Figura 28: Campos de significación, sesión 16 .....	270
Figura 29: Evolución del campo emocional. Fase mesetaria. ....	271

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

Figura 30: Campo emocional: iDS total de la fase mesetaria.....	272
Figura 31: Evolución del campo práctico. Fase mesetaria .....	273
Figura 32: Campo Práctico: iDS total de la fase mesetaria .....	274
Figura 33: Evolución del campo corporal. Fase mesetaria.....	275
Figura 34: Campo corporal: iDS total de la fase mesetaria.....	276
Figura 35: Evolución del campo existencial.....	277
Figura 36: Campo existencial: iDS total de la fase mesetaria .....	278
Figura 37: Cadenas semánticas, sesión 17.....	281
Figura 38: Campos de significación, sesión 17 .....	281
Figura 39: Cadenas semánticas, sesión 19.....	282
Figura 40: Campos de significación, sesión 19 .....	283
Figura 41: Cadenas semánticas, sesión 20.....	283
Figura 42: Cadenas semánticas, sesión 20.....	284
Figura 43: Valoración del campo emocional en la fase resistensiva .....	285
Figura 44: Campo emocional: iDS total de la fase resistensiva.....	286
Figura 45: Valoración del campo práctico en la fase resistensiva .....	286
Figura 46: Campo práctico: iDS total de la fase resistensiva .....	287
Figura 47: Valoración del campo cenestésico en la fase resistensiva.....	287
Figura 48: Campo cenestésico: iDS total de la fase resistensiva .....	288
Figura 49: Valoración del campo existencial en la fase resistensiva.....	289
Figura 50: Campo existencial: iDS total de la fase resistensiva .....	290
Figura 51: "Las cumbres de la resolución" (s.27) .....	295
Figura 52: Campos de significación, sesión 27 .....	297
Figura 53: Cadenas semánticas, sesión 28.....	297
Figura 54: Campos de significación, sesión 28 .....	299
Figura 55: Cadenas semánticas, sesión 29.....	300
Figura 56: Campos de significación, sesión 29 .....	301
Figura 57: Valoración del campo emocional en la fase resolutive.....	302
Figura 58: Campo emocional: iDS total de la fase resolutive .....	303
Figura 59: Valoración del campo práctico en la fase resolutive .....	304

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

Figura 60: Campo práctico: iDS total de la fase resolutive.....	305
Figura 61: Valoración del campo corporal en la fase resolutive .....	306
Figura 62: Campo corporal: iDS total de la fase resolutive .....	307
Figura 63: Valoración del campo existencial en la fase resolutive .....	307
Figura 64: Campo existencial: iDS total de la fase resolutive.....	308
Figura 65: Cadenas semánticas, sesión 33.....	312
Figura 66: Campos de significación , sesión 33 .....	313
Figura 67: Cadenas semánticas, sesión 34.....	314
Figura 68: Campos de significación de la sesión 34. ....	315
Figura 69: Cadenas semánticas, sesión 36.....	316
Figura 70: Cadenas semánticas, sesión 36.....	318
Figura 71: Cadenas semánticas, sesión 37.....	320
Figura 72: Campos de significación, sesión 37 .....	321
Figura 73: Cadenas semánticas, sesión 38.....	322
Figura 74: Campos de significación de la sesión 38 .....	324
Figura 75: Cadenas semánticas, sesión 39.....	324
Figura 76: Campos de significación, sesión 39 .....	326
Figura 77: Cadenas semánticas, sesión 40.....	326
Figura 78: Campos de significación, sesión 40 .....	328
Figura 79: Cadenas semánticas, sesión 43.....	332
Figura 80: Campos de significación, sesión 43 .....	334
Figura 81: Cadenas semánticas, sesión 45.....	335
Figura 82: Campos de significación, sesión 45 .....	337
Figura 83: Cadenas semánticas, sesión 46.....	337
Figura 84: Campos de significación, sesión 46 .....	339
Figura 85: Evolución del campo emocional en las fases finales .....	343
Figura 86: TOTAL CAMPO EMOCIONAL - FASES FINALES .....	343
Figura 87: Evolución del campo práctico en las fases finales.....	344
Figura 88: TOTAL CAMPO PRÁCTICO - FASES FINALES.....	345
Figura 89: Evolución del campo corporal en las fases finales .....	346



**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

Figura 90: TOTAL CAMPO CORPORAL - FASES FINALES .....	347
Figura 91: Evolución del campo existencial en las fases finales.....	349
Figura 92: TOTAL CAMPO EXISTENCIAL- FASES FINALES.....	349
Figura 93: iDS - Cumbres del proceso - Tensores del cambio.....	351
Figura 94: iDS-Valles del proceso-Núcleos de conflictividad .....	352
Figura 95: Nube de los iDS-EMOCIONALES .....	353
Figura 96: Nube de los iDS-PRÁCTICOS .....	354
Figura 97: Nube de los iDS-CORPORALES .....	355
Figura 98: Nube de los iDS-EXISTENCIALES .....	356
Figura 99: Cumbres y Valles de los iDS en el texto de Elisa.....	357
Figura 100: Análisis de esquemas mentales .....	363
Figura 101: EPA-iPsiS .....	365
Figura 102: Potencial (Antes del tratamiento).....	367
Figura 103: Potencial (Después del tratamiento) .....	367
Figura 108: LA CASA (Dibujo inicial).....	381
Figura 109: LA CASA (Dibujo final).....	382
Figura 110: EL ÁRBOL (Dibujo inicial) .....	384
Figura 111: EL ÁRBOL (Dibujo final) .....	385
Figura 112: LA PERSONA (Dibujo inicial) .....	388
Figura 113: LA PERSONA (Dibujo final) .....	390
Figura 115: (R) Campos de significación , sesión 1 .....	409
Figura 116: (R) Campos de significación, sesión 46.....	409
Figura 117: (R) Cumbres y Valles de los iDS en el texto de Elisa.....	410

## 1. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS DE LA TESIS

La fase inicial de esta tesis comenzó en junio de 2012, con la firma del convenio correspondiente para su realización y terminó en febrero de 2014. Durante este tiempo, todos los pacientes adscritos al Grupo de Patología Dual de la comunidad terapéutica han sido invitados a participar en el programa de tratamiento psicoanalítico respondiendo afirmativamente, sin excepción.

Se ha tratado durante más de un año a un total de ocho pacientes que pertenecían al grupo de “Patología Dual” de la comunidad terapéutica y voluntariamente y de buen grado decidieron participar en el estudio descriptivo, contando con su consentimiento informado. Es necesario hacer constar que se trata de un procedimiento psicoanalítico que permite *ahondar en la propia intimidad para estar en condiciones de decidir lúcidamente sobre su propia vida, en libertad y plenitud de responsabilidad.*

Pronto pareció evidente que la gran abundancia de material de análisis, con más de 400 horas de grabaciones, iba a dificultar la calidad de la investigación, por lo que decidí centrar la investigación inicialmente en dos pacientes, un hombre y una mujer, y finalmente he preferido aplicar la metodología de “caso único”, para poder abordar más extensamente las sesiones individuales de un solo caso.

La investigación se centra fundamentalmente en la observación y constatación de los cambios que se van produciendo, en el paciente, de forma natural y casi espontánea, a lo largo del tratamiento psicoanalítico.

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

El punto de partida se sitúa en el Trabajo de Grado del doctorando en 2012: *“El enfoque psicoanalítico en el diagnóstico diferencial de la patología dual”*.

Finalizado el programa de evaluación y una vez expuestos los resultados y las conclusiones, parecía lógico darle continuidad complementando el tratamiento que proporcionaba la comunidad terapéutica al grupo de patología dual y aplicar el tratamiento psicoanalítico, en sesiones individuales y grupales para todos los usuarios adscritos al grupo de patología dual.

Esta investigación **tiene el interés de mostrar las evidencias clínicas que resultan de la aplicación de un tratamiento psicoanalítico de unas cien horas de duración, a una paciente con diagnóstico de patología dual** que presentaba un elevado consumo de cocaína, -varios gramos diarios en la etapa final- y trastorno límite de la personalidad con cuadro depresivo grave; comparando los parámetros iniciales de diferentes instrumentos de evaluación de la personalidad y la salud, con los obtenidos al final del tratamiento, intentamos comprender la evolución de los cambios a través de índices dinámicos de salud (iDS).

Se trata, por tanto, de un **estudio descriptivo del registro clínico** de un caso de patología dual, al que se aplica un tratamiento psicoanalítico que consta de dos sesiones individuales de psicoterapia psicoanalítica, una sesión doble de psicoanálisis grupal y psicodrama, cada semana, y sesiones virtuales opcionales, realizando el registro clínico mediante grabaciones y resúmenes y codificando las transcripciones con una nueva metodología.

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

La originalidad de este proyecto se concreta en tres áreas:

A. Marco teórico:

- a. Exposición del marco conceptual del Psicoanálisis de base antropológica, como evolución del Psicoanálisis. Epistemología y hermenéutica analógica.
- b. Teoría del análisis del discurso del paciente en el sistema de pensamiento cencillano, con referencia a los campos de significación de la salud, deducidos de la historia del psicoanálisis.
- c. Desarrollo de un **nuevo instrumento informatizado** de evaluación de la salud mental (iSMOSS) Índices de Salud Mental Ortiz, Sedano & de Santiago

B. Marco metodológico:

- a. Combinación de sesiones individuales, grupales y virtuales de psicoterapia psicoanalítica, *para el tratamiento de la patología dual*, en el contexto de una comunidad terapéutica.
- b. *Metodología iDS* (Índices Dinámicos de Salud): Desarrollo de una nueva *metodología de representación gráfica* del contenido de las sesiones de psicoterapia psicoanalítica, valorando las cadenas semánticas correspondientes a cada campo de significación para calcular los iDS, de cada secuencia, campo de significación, sesión y fase del proceso de psicoterapia.
- c. Nube de iDS: *Síntesis cualitativa* del conjunto de parámetros proporcionados por los iDS, para resumir el proceso completo de un caso.

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

**C. Resultados y evidencias clínicas:**

- a. Análisis de la evolución de los núcleos de conflictividad durante el tratamiento en las distintas fases de este caso.
- b. Evidencias clínicas resultantes al final del tratamiento.

## **2. INTRODUCCIÓN**

Se describe el contexto en el que se realiza la acción terapéutica objeto de la investigación: la comunidad terapéutica Proyecto Hombre de Salamanca, que preferimos identificar, como así se ha hecho en trabajos precedentes (Pérez del Río, 2010), salvaguardando en todo momento la confidencialidad respecto a los pacientes y adoptando medidas especiales al respecto, pero también exponiendo con claridad las dificultades en el tratamiento de determinados pacientes, que inicialmente formaron un grupo apartado, con normas diferentes al resto de la comunidad y finalmente pasó a denominarse “Grupo de patología dual”, arriesgando por la innovación del tratamiento psicoanalítico.

Se expone el estado de la cuestión en cuanto a los tratamientos actuales de la patología dual y la todavía muy escasa literatura científica que muestra evidencias clínicas de los resultados de la aplicación de tratamientos psicoanalíticos a casos de patología dual.

El apartado tercero está dedicado a aclarar que es lo que entendemos por “psicoanalítico” en esta tesis, que puede resumirse en las seis características diferenciales del métodos de Freud y las aportaciones de la base antropológica y la consistencia epistemológica que le proporciona la hermenéutica analógica, mostrando así que no se trata de una técnica improvisada, sino bien fundamentada teóricamente.

El apartado cuarto se refiere a los criterios de salud mental en la historia del psicoanálisis, que es un tema controvertido y de actualidad, considerándose como una de las líneas prioritarias de investigación por la IPA (2014). Después de una breve referencia a los antecedentes del concepto de salud mental antes del psicoanálisis,

hacemos un repaso de las ideas al respecto de los que pueden ser 10 de los teóricos más importantes del psicoanálisis, dejando para el final al autor que seguiremos preferentemente a lo largo de este texto: Luis Cencillo. La razón de esta fundamentación teórica es justificar metodológicamente los criterios de salud que conformaran el armazón de la tesis y en concreto la definición de los diferentes términos referidos a los campos de significación y criterio de valoración de las cadenas semánticas del “texto” del paciente, que corresponden al análisis cualitativo de contenidos y representación gráfica de su evolución terapéutica

Este análisis del discurso del paciente debe estar bien fundamentado en sus aspectos filosóficos, antropológicos y epistemológicos, para acabar concluyendo que conviene al psicoanálisis su consideración como ciencia interpretativa, basada en la hermenéutica analógica. Por supuesto, es ineludible tratar con cierta extensión el análisis cualitativo de las interacciones entre el paciente y el terapeuta, con especial referencia a los contenidos transferidos y a los efectos transferenciales, puesto que transferencia es el núcleo de la técnica psicoanalítica, para terminar concluyendo con la definición de los índices dinámicos de salud como parámetros cualitativos resultantes de la valoración de las cadenas de cada una de las secuencias correspondientes a los campos de significación relacionados positiva o negativamente con la salud referidos por el paciente, en el transcurso de una sesión, como unidad hermenéutica fundamental.

En la parte metodológica se aborda el estudio como caso único, enmarcado en el modelo psicoanalítico, desde un enfoque integrador entre investigación y clínica. (De Santiago, 2007). La tercera parte del texto se refiere a los resultados del registro clínico

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

del proceso en fases y su análisis, dedicando el apartado nueve a las fases iniciales, el diez a la fase mesetaria, el once a las resistencias, el doce a la resolución, el trece a la integración, el catorce a la resemantización y el quince al final del tratamiento psicoanalítico. En el apartado dieciséis se exponen los resultados, terminando con una discusión sobre la relación entre proceso y resultados.

Las conclusiones, que se exponen en el apartado diecisiete, siguen la estructura del texto, exponiendo de forma diferenciada las correspondientes a los marcos teórico y metodológico y a los resultados obtenidos en las distintas fases del proceso, así como las evidencias que resultan del registro clínico al final del proceso, reservando un apartado final para esbozar posibles nuevas líneas de investigación que pueden derivar de los resultados de esta tesis.



## MARCO TEÓRICO

### 3. EL TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO EN EL CONTEXTO DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

#### 3.1 Condiciones formales previas al tratamiento

La comunidad terapéutica Proyecto Hombre de Salamanca, comenzó a tratar casos de patología dual, de forma diferenciada, a partir de 2009. Inicialmente, se trataba de formar un grupo especial con pacientes que no podían seguir el ritmo normal de actividades de la comunidad terapéutica y presentaban dificultades especiales de convivencia y adaptación, por tratarse de personas que además de haber “tocado techo” en cuanto a consumo de drogas, presentaban también uno o varios trastornos mentales diagnosticados y tratados con psicofármacos.

El grupo, que para diferenciarlo de otros programas comenzó llamándose por el nombre de su terapeuta responsable: “El grupo de Pedro”, tenía como características más destacables una mayor flexibilidad en cuanto al cumplimiento de las normas de convivencia, horarios, tiempos de descanso y trabajos en distintos sectores, así como un enfoque relativamente distinto de la orientación terapéutica, procurando ser más comprensivos y dialogantes con estos pacientes y tratando de dosificar o evitar la confrontación como medida terapéutica.

A pesar de estas medidas, surgidas de la práctica y la especialización en patología dual de algunos de los terapeutas de la comunidad, el grupo de patología dual permanecía, en cierto modo, marginado dentro de la comunidad terapéutica y despreciado por los usuarios de otros programas (Proa, para el tratamiento del alcoholismo).

### 3.2 Primeras entrevistas y establecimiento del encuadre terapéutico

El encuadre es una configuración plástica, que determina las condiciones de validez del discurso psicoanalítico. Es decir, el encuadre otorga validez a lo que se dice *dentro* de las sesiones, en la medida de que es el resultado de un *contrato*, en el que el paciente se compromete a acudir puntualmente en las fechas y horas acordadas, se tiende en el diván, y sin más indicaciones comienza a asociar libremente y sin censura todo lo que pasa por su mente. Por otra parte, el terapeuta que ocupa el lugar simbólico de psicoanalista, tampoco está obligado a responder de forma dialogal a las demandas verbales del paciente, más bien se limitará a escuchar y realizar los señalamientos oportunos para que el paciente pueda ahondar en su intimidad, hasta que esté en condiciones de comenzar a interpretar-se. (Durand, 2012) El encuadre *reúne en sí todos los detalles de la técnica*, en expresión de Winnicott, y supone fijar como constantes las variables de tiempo y lugar, estipulando ciertas normas que delimitan los papeles de entrevistado y entrevistador con arreglo a la tarea que se va a realizar. (Etchegoyen, 1986)

Precisamente por la importancia de definir adecuadamente el encuadre, tal vez no sea conveniente recurrir a fórmulas estereotipadas, que pueden limitar la espontaneidad de comenzar el discurso del paciente con verdadera libertad.

Después de la entrevista o entrevistas informativas y una vez firmado el documento de consentimiento informado y confidencialidad, invitamos al paciente a que se tienda en el diván y hable, con libertad, de todo lo que se le ocurra.

También podemos recurrir a la fórmula freudiana:

*“Iniciamos el tratamiento invitando al paciente a ponerse en la situación de un observador atento y desapasionado, limitándose a leer la superficie de su conciencia, y obligándose, en primer lugar a una absoluta sinceridad, y en segundo, a no excluir de la comunicación asociación ninguna, aunque le sea desagradable comunicarla o le resulte insensata, nimia o impertinente”*

(Freud, Psicoanálisis y teoría de la libido. Obras Completas. III, p. 2663, 1923)

Generalmente son necesarias pocas indicaciones para desencadenar un proceso de “Libre asociación”, que constituye la regla fundamental del psicoanálisis.

Contrariamente a lo que podría pensarse, todos los pacientes del grupo de dual aceptaron tenderse en el diván desde las primeras sesiones y todos comenzaron a asociar libremente, sin dificultades especiales, a pesar de la crudeza de sus diagnósticos psiquiátricos.

Parte del establecimiento del encuadre consistió también, en cada caso, delimitar de forma precisa el “dentro” y el “fuera” de las sesiones. De tal manera que las sesiones conforman un espacio privilegiado de comunicación e intimidad, que no debe alterarse sacando nada que pertenezca a las sesiones. Aludimos también al documento de confidencialidad que han firmado, para reforzar esta idea: *“Los participantes se comprometen a guardar confidencialidad respecto al tratamiento y al contenido de las sesiones.”* Y se advierte también sobre la conveniencia de no establecer ningún tipo de comunicación con el psicoanalista fuera de las sesiones.

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

Ya iniciado el proceso, se observó la conveniencia de flexibilizar el encuadre en diferentes ocasiones: aceptando cambios de horario, reduciendo o ampliando el tiempo de alguna sesión, puntualmente, admitiendo ligeras variaciones en las reglas del juego.

En otras ocasiones y con determinados pacientes, parecía conveniente establecer un encuadre hermético, que sirviera para reforzar un sistema externo de contención.

Avanzados los procesos, el encuadre adoptó a veces la forma de un laberinto, en el que el propio paciente debía decidir entre diferentes alternativas para elaborar, artesanalmente, sus objetivos vitales y perspectivas de futuro.

Es de destacar que en ningún caso se ha planteado una situación de “anti-encuadre” o intento de manipulación de las sesiones de psicoterapia psicoanalítica, o del terapeuta.

La consulta donde tenían lugar las sesiones de psicoanálisis era uno de los despachos de la comunidad terapéutica, sobrio, sencillo y acogedor, con una mesa de trabajo, un diván y un sillón. La proximidad a la entrada de la comunidad hacía en determinadas ocasiones que el silencio no fuera ideal, pero tampoco se sintieron especiales molestias.

La utilización de un diván, para el desarrollo de las sesiones individuales supone una serie de aspectos positivos que reseñamos:

- a) Permite diferenciar el esquema y la imagen corporal
- b) Mayor regresión
- c) Mayor contacto con el mundo interno a través de la privación de la mirada
- d) Mayor capacidad de proyección

- e) Permite al terapeuta mantenerse en una situación más libre, con mayor posibilidad de flotar la atención y también más conectado con sus propios procesos.

Una vez establecido el encuadre terapéutico, y canalizada la confianza básica para poder establecer una alianza de trabajo y un compromiso de buscar juntos, se completo el proceso de evaluación inicial, que ya se había iniciado en una fase anterior, pero en este caso, añadiendo un nuevo instrumento para la evaluación de los índices de salud mental, el iSMOSS. Las pruebas de evaluación se integraron así en las primeras sesiones, sin interferir en el proceso.

### **3.3 La comunidad terapéutica**

Las comunidades terapéuticas constituyen un tratamiento enmarcado en una institución que enfatiza los factores sociales y medioambientales en la terapia y gestión de la rehabilitación de las personas que en ellas se insertan (López Fernández, 2012). En este modelo de intervención el elemento primordial es la comunidad, la cual se emplea como recurso para promover el cambio social y psicológico de sus usuarios a partir de la corresponsabilidad entre estos y los profesionales de las comunidades terapéuticas (Llorente del Pozo, 1999)

El entramado que supone la comunidad terapéutica hace necesario que establezcamos una conceptualización acerca de la mencionada institución así como que esboce los principales rasgos de la metodología que emplea. Asimismo describiremos la

comunidad como agente terapéutico y, por último, trataremos las razones de porqué algunas personas optan por abandonar el tratamiento de la comunidad terapéutica.

### **3.4 Conceptualización del término Comunidad Terapéutica**

Actualmente, entendemos por comunidad terapéutica a aquel espacio físico sobre el cual se asienta un tipo de institución residencial donde se atiende a personas con problemas de drogas con el objetivo de ayudarles a que se rehabiliten (Llorente del Pozo, 1999). No obstante, no siempre se ha entendido de este modo al recurso de la comunidad terapéutica puesto que inicialmente nació como una metodología ajena a las adicciones. Éste es el enfoque que tratamos de recuperar en nuestros días. De tal modo, procuramos presentar una metodología diversa, adecuada para la gestión, intervención asistencial y cuidado de personas que presentan un perfil variado de trastornos y problemas que no se ciñen exclusivamente al de las personas drogodependientes (Comas Arnau, 2010)

Gracias al cambio social, las comunidades terapéuticas se han desarrollado y evolucionado muy significativamente respecto a sus orígenes históricos (Roldán Intxuta, 1992). En consecuencia, en la actualidad, ya no sólo aplicamos el término comunidad terapéutica a aquellas instituciones concentradas en la rehabilitación de drogodependientes sino que; se han desarrollado una gran variedad de instituciones residenciales, tanto públicas como privadas, que han ido especializándose con el tiempo en la atención a diversos perfiles de población en dificultad (Llorente del Pozo, 1999). Así pues, a pesar de que los adictos a las drogas son el tipo de perfil que más comúnmente encontramos dentro de las comunidades terapéuticas se dan otros muchos casos como pueden ser los usuarios con diagnóstico dual, que en algunos centros ya

representan la mitad de la población, mientras que en otros, son reticentes a aceptar estos casos. Igualmente, dentro de las comunidades terapéuticas podemos encontrar a usuarios con patologías mentales, a menores de edad, a personas maltratadas y, también existen módulos de comunidad terapéutica llevados a cabo en la prisión, pero se trata de módulos aislados, en los cuales los internos viven separados del resto de presos (Comas Arnau, 2010).

La comunidad terapéutica es un tipo de dispositivo asistencial muy competente, gestionado con una base de conocimientos especializada, gracias a los cuales consigue un buen nivel de eficacia (Molina Fernández, 2011). Además, estos centros residenciales no suponen un gasto económico tan excesivo como otros recursos especializados y, están mejor evaluados que otros programas, lo cual implica una marcada y positiva evidencia científica (Abeijón, 2010)

Una de las fortalezas con las que cuenta la comunidad terapéutica es que los pacientes y los profesionales forman un grupo, donde los usuarios se sienten comprometidos, aceptados y respetados (Molina Fernández, 2011). Esto supone que las comunidades terapéuticas tienen una estructura horizontal donde todos tienen capacidad de expresarse libremente. Aspecto que sin duda va a resultar beneficioso para los usuarios del centro ya que, esta manera de proceder les hace sentir integrados y asumir la responsabilidad que sus actos van a conllevar (Fernández Gómez, 2005).

La reinserción producida gracias a las técnicas grupales empleadas en la comunidad terapéutica permiten que el individuo se reencuentre con su comunidad social y con la

imagen que de ella tiene, la cual muchas veces está dañada; produciéndose de este modo un reaprendizaje que acaba en un proceso de reinserción (Abeijón, 2010).

La comunidad se convierte en espacio de autoayuda, se crean vínculos en todas direcciones y de manera igualitaria, todas las personas son aceptadas sin condiciones en un ambiente libre de prejuicios que va a activar el crecimiento personal para recuperar la identidad perdida (Molina Fernández, 2011). La propia estructura comunitaria sirve como elemento contenedor, gracias al cual, el conflicto no se niega sino que se expresa y se le da un significado. De modo que puede ser comprendido y elaborado desde una nueva perspectiva en la que es el propio sujeto quien adquiere el control sobre sí mismo (Aguelo Muñoz, 2004)

La comunidad terapéutica es una realidad que envuelve al usuario en tiempo y espacio. Su carácter residencial implica necesariamente que compartamos la vida con otros, perdiendo debido a ello, buena parte de la privacidad. Aceptar la disciplina del grupo, someterse a él como en un proceso de aprendizaje de la responsabilidad personal y de acercamiento a la realidad, es un proceso compartido entre la familia y el grupo terapéutico (Abeijón, 2010). Recuperar la realidad es un aspecto importante e imprescindible del paciente puesto que, su propia problemática conlleva que la persona se aísla y pierda contacto con el mundo real. Recobrar la responsabilidad facilita el proceso de reinserción social y mejora la socialización del paciente y le va a permitir construir nuevos patrones comunicativos con los otros y consigo mismo (Abeijón, 2010). Este proceso, como podemos comprender, se corresponde a lo que sucedería en cualquier niño cuando comienza su socialización primaria dentro de su sistema familiar.



### **3.5 Principales rasgos de la metodología de la Comunidad terapéutica**

La metodología de la comunidad terapéutica ostenta una serie de rasgos específicos, de entre los cuales podríamos enumerar los siguientes como los principales, según la visión tomada del texto de (Comas Arnau, 2010).

1) La comunidad terapéutica es un centro residencial, donde las personas que requieren de los servicios que en estas instituciones se dan permanecen la mayor parte o todo el día. Sin embargo, el equipo técnico no reside en el centro, pero siempre hay miembros cualificados presentes en el mismo para atender cualquier necesidad que los internos pudieran necesitar (Molina Fernández, 2011).

2) El tiempo de permanencia de los programas tiene una duración establecida, definida de antemano con criterios temporales o bien con el logro de ciertos objetivos, pero siempre se determina un límite temporal en la permanencia (López Goñi, 2008)

3) Cada comunidad terapéutica se dirige a un colectivo social con un perfil determinado y específico y, exclusivamente pueden residir en el centro aquellas personas que cumplan ese concreto perfil (Abeijón, 2010)

4) El ingreso es voluntario, de manera que no podemos retener a ninguna persona contra su voluntad (Molina Fernández, 2011)

5) En toda comunidad terapéutica, independientemente del perfil poblacional al que se dirija, exige la presencia e intervención de un equipo técnico multidisciplinar especializado, con gran dominio sobre los componentes psicosociales y educativos (Vergara-Moragues, 2013)

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

6) Dentro de esta institución, se intenta reproducir la vida cotidiana real. De modo que, todas las personas que en ella se encuentren, tanto los residentes como los componentes del equipo técnico han de cumplir con sus roles reales, interactuar entre sí y, gracias a este contacto sincero, se producen efectos positivos sobre los residentes (Abeijón, 2010).

7) La vida cotidiana real en estos centros proporciona el entorno adecuado para que se dé aprendizaje social, aunque éste se produzca en un contexto donde las relaciones sociales ostentan especial dificultad (Roldán Intxuta, 1992) No obstante, la existencia de grupos terapéuticos hace posible que se creen sinergias entre los miembros, de modo que, las relaciones sociales entre los residentes aumentan y mejoran positivamente (Llorente del Pozo, 1999)

8) Es vital que el equipo técnico desarrolle una serie de procedimientos, gracias a los cuales puedan facilitar el intercambio comunicativo y la toma de decisiones terapéuticas sobre los residentes. De forma que, las comunidades terapéuticas puedan desarrollar sus actividades óptimamente y no se conviertan en un espacio caótico e inservible para el fin que persiguen (Fernandez Gómez, 2005)

9) La comunidad terapéutica ofrece servicios para personas de diversa problemática, que, en general, presentan una combinación peligrosa de problemas sanitarios, sociales, psicológicos y morales. El ingreso en la misma tiene como principal finalidad ayudar a resolver estos problemas pero, de un modo secundario y complementario, también tratan de ayudar a los residentes a construir un planteamiento de vida alternativo fuera

de la comunidad, gracias al cual, los problemas que pueda presentar se minimicen o controlen (Comas Arnau, 2010).

10) Los residentes de la comunidad terapéutica adoptan un rol activo, asumiendo la responsabilidad que a su figura concierne como los principales protagonistas dentro de la recuperación que han de conseguir, con la ayuda profesional recibida en el centro (De Macedo, 2006). Asumir tales responsabilidades beneficia a los residentes en su incorporación futura en la vida real y normalizada.

11) La comunidad terapéutica no es una institución capaz de afrontar y de resolver todos los problemas de los residentes. Para esto, existen las redes generales de atención, las cuales se encargan de problemas específicos.

12) La metodología de la comunidad terapéutica exige realizar una evaluación continua al menos en tres niveles:

- a) sobre los casos individuales por parte del equipo técnico,
- b) sobre los procesos, procedimientos y resultados grupales por parte de este equipo técnico,
- c) sobre los resultados para llevar un seguimiento y, poder incorporar a las comunidades terapéuticas en el ámbito de la producción científica

### **3.6 La comunidad como agente terapéutico**

La comunidad terapéutica es una institución altamente especializada, la cual requiere de una formación específica, de conocimientos propios y de un equipo interdisciplinar para poder llevar a cabo sus funciones en la forma correcta (Abeijón et al, 2010). Esta

especificidad que encontramos en la comunidad terapéutica hace que necesitemos de diversos y especializados centros para poder tratar todas las problemáticas y perfiles que en ellas se hallan (Robert et al., 2012).

Al implantar las comunidades terapéuticas, una de las cuestiones que en mayor medida están siendo debatidas es la cuestión de emplear fármacos dentro de estas instituciones (De Macedo, 2006).

En un principio, fueron muchas las comunidades terapéuticas que interpretaron que la terapia sistémica y naturalista propuesta era incompatible con el uso de fármacos. De tal modo, éstos debían excluirse de las comunidades terapéuticas y ser sustituidos por productos naturales (Abeijón, 2010). En consecuencia, las comunidades terapéuticas se posicionaron como un dispositivo alternativo a la medicina tradicional. Cabe reseñar que, al adoptar esta postura, se alejaban del modelo que hasta entonces venía siendo la comunidad terapéutica puesto que, estas comunidades requieren que se manejen los componentes de modelo del conocimiento científico de los problemas de salud y, por tanto, también necesita contar con los profesionales idóneos para manejar estos conocimientos (Robert, 2012). Obviamente, dentro de una comunidad terapéutica pueden emplearse recursos alternativos, pero sin desestimar el papel que ciertos fármacos pueden tener sobre un perfil concreto de pacientes. Esto quiere decir que los tratamientos farmacológicos prescritos deben seguirse y controlarse pero, ello no implica que al mismo tiempo deba existir personal sanitario que controle tales prescripciones.

Uno de los principales peligros que podemos encontrar en las comunidades terapéuticas es la tendencia generalizada que en ellas existe a resolver todos los problemas mentales medicándolos y, desatendiendo los problemas asociados que pueden tener los usuarios como pueden ser trastornos de salud, psicosociales, familiares y laborales (Comas Arnau, 2010).

Por lo general, en las comunidades terapéuticas combinan la farmacoterapia y psicoterapia, aspecto que, en el caso de las adicciones provoca que sea imposible el abordaje terapéutico por el exceso de medicalización, hecho que anula gran parte de las facetas de las personas que siguen estos tratamientos (Molina Fernández, 2011). Lo que se debe hacer desde estas comunidades terapéuticas es atender a la persona mirando a su particular problemática. Más allá de medicar a los usuarios, estas instituciones deben ofrecer programas de rehabilitación para perfiles de residentes muy heterogéneos, y prestar atención a sus problemáticas concretas, sin desatender posibles trastornos mentales comórbidos que estas personas pueden presentar (Robert, 2012). Ante esta situación, no debemos olvidar que, también se han propuesto alternativas dentro de las comunidades terapéuticas que han permitido un avance y desarrollo de nuevos métodos de intervención con los usuarios que no se centran exclusivamente en emplear recursos farmacológicos, sino que han acercado sus posturas a la psicoterapia de grupo en instituciones, psicodrama, psicoterapias individuales, técnicas pedagógicas y socioeducativas, procesos de grupo y tratamientos familiares (Roldán Intxuta, 1992). A pesar de que la actual comunidad terapéutica surge de la unión entre salud mental y autoayuda, no es un recurso exclusivamente sanitario. Esta institución debería ocupar un

lugar articular ya que, puede ser al mismo tiempo un dispositivo sanitario pero también psicosocial y educativo (Aguelo Muñoz, 2004). Siempre que el sistema sanitario así como el de servicios sociales o el educativo, sean capaces de respetar esta identidad metodológica y estos componentes multidisciplinares, pueden asumir cualquiera de ellos, las competencias en materia de comunidades terapéuticas.

La cuestión está en que las comunidades terapéuticas son el tratamiento en sí mismo, es decir, el conjunto de actividades diarias, estructuradas y no estructuradas, así como las interacciones sociales que se desarrollan en estas instituciones es lo que promueve y permite que los residentes encuentren una mejoría a su problema (Llorente del Pozo, 1999). En un día corriente en estos centros concurren una variedad de actividades ocupacionales, recreativas, educativas y sociales, en las cuales los usuarios participan y encuentran una vía de progreso ante su situación (A. Robert, 2012). El hecho de que los usuarios participen activamente en distintas actividades permite que éstos interactúen entre sí y se formen vínculos relacionales positivos y gratificantes (Robert et al., 2012). El apoyo recibido y percibido por el resto de compañeros facilita el cambio motivacional, actitudinal y comportamental, aspectos que constituyen un elemento básico del modelo de la comunidad terapéutica. Las comunidades terapéuticas incorporan a su programa terapéutico diversas estrategias de intervención. Estas estrategias formales que se aplican van desde el tratamiento psiquiátrico hasta la aplicación de técnicas de tratamiento psicológico de diversa índole según la orientación teórica que asuman (terapia cognitivo-conductual, terapia familiar sistémica, de orientación psicoanalítica, psicodrama, Gestalt, etc.) (Llorente del Pozo, 1999).

## TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

---

El contexto grupal en el que se trabaja también desde las comunidades terapéuticas, puede servir como un marco de apoyo, educativo o terapéutico. Según las características particulares de los residentes para las dinámicas de grupo, dentro de las comunidades terapéuticas podemos emplear técnicas de confrontación entre actitudes e intenciones manifiestas y la conducta observable, el manejo de conflictos interpersonales y relaciones cercanas, la comunicación de afectos y experiencias traumáticas, etc. (Molina Fernández, 2011).

Por lo general, las técnicas de intervención grupal en la comunidad terapéutica permiten que los usuarios se identifiquen con sus compañeros, los cuales están atravesando una situación similar a la suya. Esa identificación les permite ver que no están solos y se sienten reforzados y acompañados durante el proceso de enfrentar sus dificultades. El consejo o terapia familiar es generalmente un elemento esencial del tratamiento de las comunidades terapéuticas. Muchas veces se integran los recursos familiares en el tratamiento terapéutico con la finalidad de que éstos sirvan de apoyo a la conducta del usuario (Llorente del Pozo, 1999).

En muchas ocasiones los pacientes provienen de sistemas familiares con graves disfuncionalidades como pueden verse sobre todo en la comunicación que dentro de su sistema emplean o en una marcada dificultad para establecer normas y límites de comportamiento (A. Robert, 2012). Por esta razón, las intervenciones familiares son aplicadas normalmente cuando el paciente perturba de algún modo un estilo de vida familiar que, aunque disfuncional, estaba bien establecido antes de que el usuario manifestase el problema. Las técnicas de intervención familiar pueden orientarse a las

interacciones interpersonales y familiares que conllevan a un conflicto o a fortalecer comportamientos que prevengan recaídas en pacientes con un alto grado de implicación dentro de su sistema familiar (Llorente del Pozo, 1999).

La fuerza de la comunidad terapéutica como contexto para el aprendizaje social se basa en la variedad y cualidad de sus modelos de rol. De tal modo, se espera que todos los miembros de la comunidad sirvan de referente y modelo para los demás (A. Robert, 2012). Una de las características de estos modelos consiste en que los residentes han de comportarse como las personas que deben ser, el lugar de cómo las que han sido. De esta forma, incorporan a su vida el nuevo estilo actitudinal y comportamental, maximizando sus propias potencialidades. El actuar como deben comportarse a partir de este momento se convierte en un mecanismo esencial para un cambio psicológico más completo; de modo que los cambios en sentimientos y autopercepciones distorsionadas a menudo siguen al cambio conductual (Fernandez Gómez, 2005). Finalmente, la comunidad es un gran grupo de autoayuda que está siempre presente. Todas las personas son aceptadas sin condiciones, en un ambiente libre de prejuicios donde no se condenan los hechos anteriores al ingreso, sino que el aprendizaje y la reestructuración personal es reforzada a través de la alabanza, confrontando las conductas y actitudes contrarias a esta implicación activa (Molina Fernández, 2011).

### **3.7 Abandono del tratamiento en comunidades terapéuticas**

Existen diversos factores relacionados con el abandono del tratamiento en las comunidades terapéuticas. De tal modo, podemos encontrar dos tipos de variables que afectan a este acontecimiento. Por un lado, las variables de los pacientes, en donde se



**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

suelen incluir las características de personalidad del sujeto, aspectos psicopatológicos, variables sociales y demográficas, estado de salud, incidencias legales, historia de consumo y motivación para el tratamiento. Por otro lado, aquellas variables relacionadas con el tratamiento, como el tipo y las características del programa, los procedimientos empleados o la evolución del paciente en el mismo (Secades Villa & Magdalena Benavente, 2000)

Nos parece apropiado matizar que ante esta afirmación existen dos excepciones:

-Una de ellas es que la relación entre abandono y presencia de trastornos psicopatológicos ofrece conclusiones distintas. Por lo general, cuanto más severo es el tipo de trastorno del paciente, menor es su permanencia en los programas de tratamiento y, por lo general, su pronóstico es peor (Secades Villa R. F., 2000).

-Otra excepción es que existe cierta consistencia en cuanto a que las variables disposicionales (que suele ser la motivación hacia el tratamiento) han resultado ser factores importantes para que los usuarios continúen dentro del programa (Fernandez Gómez, 2005). La estabilidad de los terapeutas, también favorece la retención de los usuarios en los programas terapéuticos. La actitud de los terapeutas hacia los pacientes resulta un factor importante para que estos últimos continúen acudiendo al programa ofrecido desde las comunidades terapéuticas. Si los terapeutas muestran una actitud colaborativa, son cooperadores, abiertos a la comunicación y muestran seguridad en que el cambio de los pacientes es posible, los usuarios se adhieren mejor al tratamiento y muestran una motivación más elevada (Fernández Gómez, 2005).

Por otro lado, también son variables importantes en la adherencia y consecución del tratamiento la implicación activa de la familia en el programa residencial frente al ambulatorio, el tratamiento farmacológico frente a los programas libres de drogas y dosis altas parecen favorecer una mayor retención (Secades Villa & Magdalena Benavente, 2000). La mayoría de los abandonos ocurren en las primeras fases del tratamiento (López Goñi, 2008). Estos abandonos tan prematuros son los que presentan peor pronóstico dado que la probabilidad de una permanencia continuada en el programa aumenta considerablemente después de los 90 días. Por tanto, la probabilidad de abandonar el tratamiento disminuye conforme pasa el tiempo. En consecuencia, es imprescindible atender a la importancia de mejorar el ajuste de los pacientes en las fases tempranas de máxima vulnerabilidad, a través de estrategias que permitan aumentar las tasas de retención en estas primeras semanas (Hernández Serrano, 2012). Atendiendo a estas conclusiones, cabe remarcar las cuestiones a tener en cuenta:

-En primer lugar, es necesario implementar *intervenciones específicas* en el inicio de los programas, adaptadas al perfil concreto del usuario al que se atiende en cada comunidad terapéutica. La finalidad que aquí se persigue es incrementar la motivación de los pacientes y, por tanto, reducir las tasas de abandono prematuro (Secades Villa y Fernández Hermida, 2000).

-En segundo lugar, las variables relacionadas con el tratamiento son mejores predictores de la retención que aquellas variables relacionadas con las características individuales. De tal modo, dentro de las comunidades terapéuticas se debe mirar por la manera en la

que disponen y desarrollan su tratamiento, más que por las variables particulares de cada usuario.

-Por último, es vital resaltar la importancia de la familia como sistema promotor de la rehabilitación del paciente de forma activa (Secades Villa y Magdalena Benavente, 2000). La comunidad terapéutica viene a ocupar el lugar en el que la familia tradicional fracasó y se instituye así en una nueva familia en la que se establecen fuertes lazos afectivos y también origen de nuevas conflictividades.

### **3.8 La comunidad terapéutica Proyecto Hombre Salamanca.**

Proyecto Hombre es una ONG dedicada a la prevención, tratamiento y reinserción de personas con problemas de adicción. El programa educativo terapéutico de Proyecto Hombre Salamanca tiene un enfoque bio-psico-social, que consiste en aprender a vivir de manera autónoma y sin ningún tipo de dependencia.

Proyecto Hombre Salamanca comenzó sus actividades en el año 2000. El en año 2.004 se inaugura el primer centro residencial de la entidad en Salamanca, para atender a las personas con problemas de adicción. Una labor que se ha desarrollado bajo el amparo de la Fundación Alcándara, una entidad solidaria cuya finalidad es la defensa de la personas frente a la marginación y, especialmente frente a las adicciones.

En la actualidad Proyecto Hombre Salamanca cuenta con un centro situado en la Calle Huerta de la Santísima Trinidad en Salamanca, dotado de una Unidad de Patología Dual y otro en la carretera de Alba de Tormes, km. 2 en Carbajosa de la Sagrada. En ambos

se ofrecen diversos programas contra todo tipo de adicciones, especialmente alcohol y drogas.

Una persona que comienza un programa de Proyecto Hombre Salamanca inicia un proceso terapéutico **cuyo objetivo consiste en que la persona recupere su autonomía, su sentido de la responsabilidad, y su capacidad para tomar decisiones y volver a ser un miembro activo de la sociedad.** (González, E. 2012)

El método de Proyecto Hombre Salamanca se basa en distintas corrientes de la psicología actual: Psicología Humanista, Logoterapia, Gestalt, corrientes sistémicas, Terapia Racional Emotiva, Entrevista Motivacional... todas ellas proporcionan un fundamento teórico de referencia a la hora de elaborar los procesos terapéuticos. Así mismo, en las líneas básicas del abordaje terapéutico existe un claro sustrato humanista-existencial en la concepción de la persona y el problema de la droga.

Su línea terapéutica promueve la dinámica de autoayuda como medio para facilitar un cambio de vida. En definitiva, propone un modelo de rehabilitación e integración social plena donde la clave del proceso está en identificar el problema existencial y trabajarlo desde un marco terapéutico-educativo. Dentro de los diferentes tratamientos que Proyecto Hombre tiene en el ámbito nacional, se encuentran las Comunidades Terapéuticas.

Las Comunidades Terapéuticas de Proyecto Hombre distribuidas por la geografía española, tienen en común la misma filosofía de trabajo y comparten la misma metodología, destacando la Comunidad Terapéutica Proyecto Hombre Salamanca, por

ser la primera en aplicar un enfoque psicoanalítico en el diagnóstico diferencial de la patología dual y un programa de “Tratamiento psicoanalítico de la patología dual” en el que han participado un total de 8 pacientes, de julio de 2012 a enero de 2014, siendo la primera Comunidad Terapéutica que realiza un programa de estas características en España.

El tratamiento psicoanalítico, como objeto en esta tesis, aporta un plus en cuanto a las posibilidades de reconstrucción de la identidad, especialmente mediante las sesiones individuales, que complementa y se integra con las características específicas de la Comunidad Terapéutica reseñadas por (González, E. 2012) en las que predominan los aspectos educativos y sociales frente a los aspectos íntimos y personales. Así, tenemos como características que son una micro-sociedad: la CT es un pequeño edificio donde se reproduce una sociedad a pequeña escala. En ella se dan relaciones amistosas, conflictos, tareas, episodios vitales de forma continuada. También son un espacio de aprendizaje y entrenamiento: aprendizaje de habilidades y entrenamiento práctico (ensayo y error con consecuencias medidas y limitadas) de lo aprendido. Y un espacio de reflexión-acción: reflexión sobre el propio sujeto y sobre su entorno visto desde fuera, y acción desde él mismo sobre él mismo: no cabe la pasividad en la CT. Son un espacio de socialización experimental: los problemas de competencia y circulación social se tratan de solucionar en un “ambiente de laboratorio” que reproduce –hasta cierto punto- el “mundo real”. Como espacio cultural: la CT es un lugar, como todo espacio educativo, que ha de contar con una cultura, lo que ha dado en llamarse la cultura de la CT.” (Aguilar, 1997)

## TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

---

En este contexto de Comunidad Terapéutica se integran las **sesiones individuales** de psicoterapia psicoanalítica como una actividad que complementa y da profundidad a la acción terapéutica de la comunidad, proporcionando un segundo nivel de reflexión, llevando también a las sesiones los conflictos originados o no resueltos en la comunidad. El registro clínico de las sesiones grabadas en audio, se transcribe completo y se valoran en una tabla las cadenas semánticas de cada sesión (Anexo 1)

Las sesiones de psicoanálisis grupal y psicodrama, de unas dos horas de duración, en número de 48 y con una frecuencia aproximadamente semanal, salvo en periodos de vacaciones o reajustes de horarios de la comunidad, constituyen un nuevo filtro de drenaje complementario, y proporcionan referentes cruzados que complementan el tratamiento psicoanalítico.

Estas **sesiones de psicoanálisis grupal y psicodrama** estaban coordinadas por dos terapeutas, el investigador principal y una psicóloga terapeuta, perteneciente a la comunidad terapéutica, que recibió formación complementaria en psicoanálisis grupal y tenía una gran experiencia en dirección de grupos, participando de forma entusiasta y constante a lo largo de todo el proceso y responsabilizándose de realizar los resúmenes escritos de las sesiones grupales. (Anexo 2)

Finalmente, las **sesiones virtuales** son un último y nada despreciable recurso complementario del programa de psicoanálisis, que permite recoger puntualmente algunos materiales no recogidos en las sesiones anteriores, especialmente sentimientos, sueños, deseos, fantasías, o incidencias en las relaciones de la vida cotidiana, que el paciente prefiere escribir y entregar al terapeuta.

#### **4. TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA DUAL**

A continuación revisamos algunos aspectos básicos en relación a los tratamientos actuales de patología dual. Abordaremos en un primer momento lo que se entiende por el término de “Patología Dual” y cómo ha evolucionado en los últimos años, y después nos centramos en la situación en la que actualmente se encuentra este tipo de trastorno en España. Para finalizar, nos referimos a diversos estudios que se han realizado en torno al fenómeno de este tipo de patología y los posibles prejuicios epistémicos respecto al tratamiento psicoanalítico.

##### **4.1 Definición de la Patología Dual**

Denominamos “patología dual” a la concurrencia en una misma persona de al menos un trastorno por consumo de sustancias y otro trastorno psiquiátrico (Torrens Méllich, 2008). Estos pacientes duales o con comorbilidad psiquiátrica son los que mayor gravedad presentan desde las perspectivas clínica y social en comparación con los sujetos que solo tienen un tipo de patología (bien sea un trastorno adictivo o por cualquier tipo de enfermedad psiquiátrica aislada) (Saavedra Genovese, 2013). En el área concreta de las conductas adictivas, el término de patología dual se emplea generalmente para referirse a la coexistencia de trastornos psicopatológicos de los Ejes I y II, relacionados con trastornos por consumo de sustancias (Utgués Nogués, 2005). La explicación de la asociación entre el consumo de sustancias y el desarrollo de trastornos de personalidad presenta algunas dificultades (Barea, 2010). La razón de ello es que en muchas ocasiones no se conoce si es la propia personalidad del sujeto la que determina el inicio para consumir las drogas, si es el consumir lo que promueve el desarrollo de un

patrón de personalidad desadaptativo, si es el consumo de drogas lo que hace que se establezcan una serie de rasgos previos, o si los patrones de personalidad y el consumo de drogas son factores aislados, independientes (Saavedra Genovese, 2013). Tras diversos estudios llevados a cabo, podemos decir que los trastornos comórbidos que en mayor medida se dan son los que a continuación se enuncian. Por una parte, el trastorno bipolar, el cual se integra en la patología derivada de las alteraciones afectivas y, además presenta una fuerte asociación con el consumo de sustancias.

Otra de las comorbilidades más frecuentes es la que existe en los trastornos del humor y los de la personalidad. De tal modo, la mayoría de las investigaciones muestran un significativo porcentaje de trastornos de personalidad en los pacientes con trastornos del ánimo muy superior al que cabría esperar si ocurriera por azar. Asimismo, los trastornos límite, el de evitación y el de dependencia también se muestran como típicos de la patología dual (Saavedra Genovese, 2013). El análisis de las dimensiones de personalidad más frecuentes en este tipo de población es de gran importancia en las conductas adictivas y, más concretamente, de los trastornos de personalidad que éstas presentan (Mosquera Barral, 2012).

El elevado número de patología dual o comorbilidad psiquiátrica en las adicciones sigue siendo un tema de interés creciente en los últimos años, especialmente en lo que respecta a aquellos casos que no parecen solucionarse con los tratamientos y terapias habituales (Torrens Mélich, 2008). En la propia intervención psicoterapéutica son considerados los casos más complicados de abordar y, si ambos problemas se abordan



## TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

---

por separado, los pacientes difícilmente encajaran en los programas propuestos para su evolución y mejoría (Redes, 2013).

El concepto de patología dual trata de elaborar un marco que sirva de referencia para tratar este tipo de problemática de manera integral y eficaz (Mosquera Barral, 2012).

Puesto que los pacientes con patología dual muestran graves desajustes funcionales, es importante que el abordaje terapéutico sea lo más precoz posible, intenso y multidisciplinar, ya que, al coexistir distintas patologías en una misma persona, se dificulta la adherencia de ésta al tratamiento y a sus resultados (Saavedra Genovese, 2013). En relación a ello, diversos estudios han llegado a la conclusión de que para tratar a pacientes con patología dual es necesario, sino imprescindible, combinar psicoterapia y farmacoterapia (Marín Romero, 2010).

De modo que, el tratamiento farmacológico debe dirigirse a los síntomas relacionados con la patología puramente psiquiátrica y las medidas psicoterapéuticas deben focalizarse en las conductas relacionadas con el abuso de sustancias. De este modo, se limita el uso de medicamentos con la finalidad de controlar el consumo de tóxicos exclusivamente en los casos seleccionados (Saavedra Genovese, 2013).

El uso de sustancias, y aún más el abuso, acompaña en muchas ocasiones a una variedad de situaciones cotidianas y también a trastornos psicopatológicos. En cambio, el diagnóstico de dependencia, o mejor de adicción, como enfermedad cerebral crónica, se presenta casi siempre junto a otra manifestación psicopatológica, la patología dual, que es esencial conocer para un adecuado abordaje terapéutico. Sin embargo, la delimitación

de ambos criterios diagnósticos, abuso-dependencia, no siempre correctamente empleada, es fundamental.

Algunos trabajos científicos han defendido que el abuso de sustancias puede producir dependencia, aunque trabajos recientes aclaran que sólo el 6-11% de los abusos terminan en dependencia y que algunos trastornos por dependencia no cumplen criterios de abuso.

La intervención psicológica con drogodependientes que presentan un trastorno de personalidad resulta compleja pues es necesario superar numerosos retos (Marín Romero, 2010). Por ejemplo, es complicado establecer una relación terapéutica con los pacientes que presentan esta casuística, trabajar en equipo con ellos, adecuar los programas de prevención de recaídas a las particularidades que se derivan de esta correlación así como, también es complejo emplear estrategias específicas para un determinado paciente en un momento concreto de su evolución y, principalmente, el reto vinculado con la dificultad que encontramos cuando se quieren modificar rasgos de personalidad (Saavedra Genovese, 2013). El poder superar estos retos permite obtener resultados favorables en el tratamiento de drogodependientes con trastornos de personalidad.

#### **4.2 Patología dual: situación actual**

Los pacientes con patología dual son especialmente graves tanto desde la perspectiva clínica como social, constituyéndose como uno de los retos a título individual y de los sistemas sanitarios, pues ambos deben enfrentar a este tipo de pacientes desde dos redes

## TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

---

asistenciales distintas. Por un lado, la red de atención a drogodependencias y por otro lado la red de salud mental (Torrens Mélich, 2008). No obstante, hemos podido comprobar tras una revisión bibliográfica como los pacientes que muestran patología dual suelen acudir más a los servicios de urgencias así como que requieren más hospitalizaciones psiquiátricas (Szerman, Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid., 2011). Asimismo, muestran más conductas de riesgo e infecciones relacionadas como el VIH y el virus de la hepatitis C, mayores tasas de desempleo y marginación así como más conductas violentas. Por tanto, podemos comprender que estos individuos presentan gravedad no solo desde la perspectiva psicopatológica, sino también desde la médica y social. Esta gravedad clínica y social es importante ya que, la patología dual no es una condición aislada sino que, tiene una presencia epidemiológica relevante (Torrens Mélich, 2008). En relación a la mencionada presencia epidemiológica, tras varios estudios se ha podido comprobar que la prevalencia de diagnóstico dual más elevada corresponde a aquellos sujetos que demandan tratamiento con metadona (variando sus tasa entorno al 45% y 80% a lo largo de la vida) (Pérez del Río, 2010). También, se ha estimado que la relación entre quienes sufren un problema de drogodependencia y trastornos de personalidad se sitúa entre el 70% y el 90% (Martínez, 1999).

En España, según los datos proporcionados anualmente por la Asociación Proyecto Hombre, el 45,1% de los usuarios que acudió a tratamiento por su adicción a la cocaína había recibido en alguna ocasión tratamiento ambulatorio por problemas psicológicos o emocionales. De estos pacientes el 46,2% experimentó depresión severa y el 59,5%

ansiedad (Pérez del Río, 2010). Sobre el estado psiquiátrico de las mujeres que abusan de la cocaína, podemos afirmar que también sufren más problemas psicológicos que los hombres y es más común que tomen la medicación prescrita para este tipo de problemas. El 64% de las mujeres toma la medicación, frente al 18,8% de hombres. En relación al perfil psicosocial del heroinómano, aumentan las enfermedades psiquiátricas asociadas a las drogodependencias, viéndose que el 49% experimentó depresión severa y el 67,4% ansiedad. Por último, a consecuencia de su estado psiquiátrico, un 59,1% de las mujeres intentaron suicidarse frente al 31,9% de los hombres que también lo intentaron (Pérez del Río, 2010).

En el momento de identificar un diagnóstico de comorbilidad psiquiátrica en sujetos que están consumiendo sustancias psicoactivas nos encontramos con dos problemas importantes (Marín Romero, 2010):

En primer lugar, el acto de consumir drogas provoca efectos agudos y crónicos sobre el sistema nervioso central, de manera que muchos de los síntomas de los trastornos mentales están causados por este consumo (Szerman, Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid., 2011). En consecuencia, resulta difícil diferenciar entre los síntomas psicopatológicos de los agudos del consumo o de la abstinencia de la sustancia, de los propios de un trastorno psiquiátrico independiente (Redes, 2013).

En segundo lugar, encontramos el hecho de que los trastornos psiquiátricos sean más “síndromes” y ostenten unos marcadores biológicos claros que sirven como patrón para

validar los diagnósticos realizados (Torrens Mélich, 2008). Igualmente, conviene atender a dos hipótesis que existen para explicar la comorbilidad.

Una de ellas presupone que la adicción y los otros trastornos psiquiátricos son las expresiones sintomáticas distintas de anomalías neurobiológicas preexistentes similares.

La otra hipótesis considera que la administración repetida de drogas, a través de mecanismos de neuroadaptación, provoca cambios neurobiológicos que tienen elementos comunes con las anomalías que median ciertos trastornos psiquiátricos (Szerman, Patología dual y psicosis: un desafío de la clínica diaria. Madrid:, 2012). De tal modo, comprendemos que la relación entre los trastornos psiquiátricos y aquellos desarrollados por consumo es compleja y puede variar dependiendo de cada trastorno particular (Torrens Mélich, 2008)

De manera muy genérica, podemos agrupar la patología dual como consecuencia de cuatro combinaciones posibles:

En primer lugar, las diferentes combinaciones de trastornos por uso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos pueden representar dos o más condiciones independientes, con su respectiva evolución clínica y necesidades de tratamiento. Esta combinación puede ser debida al azar o a consecuencia de compartir los mismos factores predisponentes como por ejemplo, estrés, factores de personalidad, ambientales o vulnerabilidad genética (Redes, 2013).

En segundo lugar, el primer trastorno puede influir y condicionar el desarrollo de un segundo trastorno, de modo que éste siga un curso independiente. Por ejemplo, el

consumo de drogas puede predisponer a desarrollar psicosis o puede precipitar un trastorno esquizofrénico (también podría ocurrir el mismo efecto a la inversa)

En tercer lugar, el consumo de sustancias puede disminuir la sintomatología psiquiátrica de un trastorno que no es diagnosticado o tratado convenientemente (Utgúes Nogués, 2005).

Por último, en cuarto lugar, algunos síndromes pueden ser cuadros psiquiátricos temporales, como psicosis parecidas a esquizofrenia, a consecuencia de intoxicaciones con tipos específicos de sustancias o abstinencia (Torrens Méllich, 2008).

Actualmente, el estudio de la personalidad en pacientes con patología dual se realiza desde una visión categorial, centrándose en detectar exclusivamente los trastornos de personalidad y no los rasgos asociados ni el posible perfil diferencial de los pacientes respecto a aquellos que sólo presentan trastorno mental o solo trastorno por uso de sustancias (Szerman, Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid., 2011).

De tal modo, encontramos un escaso número de trabajos que analicen los rasgos de personalidad de los pacientes con patología dual y el posible perfil diferencial respecto a aquellos que sólo cuentan con trastorno mental o trastorno por uso de sustancias (Miquel, 2011). No obstante, los datos existentes señalan que los pacientes con patología dual muestran mayor búsqueda de sensaciones, impulsividad, evitación del daño y neuroticismo, menos persistencia, autodirección, trascendencia y cooperación.

(Szerman, Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid., 2011)

### 4.3 Diferentes hipótesis sobre la Patología Dual:

1— Dos o más **factores independientes** entre sí: cada uno de ellos tiene cursos clínicos diferentes y tratamientos independientes.

Esta concurrencia puede explicarse por:

- Modelo de la **independencia biológica**: ambos factores son independientes.
- Modelo del **factor común**: ambos trastornos son consecuencia de los mismos factores predisponentes (estrés, influencias genéticas, ambiente durante la infancia, etc.).

2 — Modelo del trastorno por **dependencia de sustancias primario**: el primer trastorno influye en el desarrollo del segundo y, una vez instaurado el segundo, se desarrolla con curso independiente. Ambas condiciones deben ser tratadas durante todo el tiempo que sea necesario.

3 — Modelo del **trastorno psiquiátrico primario**: el segundo trastorno aparece para mitigar los problemas asociados al primero. Se propugna que, mediante la resolución del primero, el segundo trastorno desaparece.

Estas hipótesis explicativas dejan entrever la compleja relación entre los TUS y los demás trastornos psiquiátricos. Además, el hecho de poder tipificar los diferentes tipos de morbilidad tiene importantes implicaciones, tanto en la etiología como en la categorización diagnóstica, en la descripción del curso clínico y en el enfoque terapéutico.

## Riesgo de suicidio

En un estudio reciente realizado por la Sociedad Española de Patología Dual, se estima que casi un tercio de los pacientes con patología dual (28,76%) presenta criterios diagnósticos de episodio depresivo mayor, existiendo una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de riesgo de suicidio y patología dual (41,35 frente a 13,52%;  $p < 0,0001$ ). Esto hace que los pacientes con depresiones asociadas al consumo de sustancias sean objetivo clave de diagnóstico y tratamiento por el riesgo añadido que conllevan. La naturaleza de la relación entre la depresión y el TUS ha dado lugar a un intenso debate en los últimos años. Por tanto, podemos comprender como la patología dual se asocia con unas características de personalidad relacionadas con conductas más inadaptadas, con menos recursos de cara a la recuperación y al mantenimiento de la abstinencia y peor pronóstico, en comparación a quienes sólo tienen un tipo de trastorno. En consecuencia, en los 10 últimos años se han multiplicado los paradigmas explicativos de la patología dual, sin llegar a conclusiones definitivas.

### **4.4 Paradigmas explicativos de la Patología Dual.**

**Modelo de Enfermedad de la Adicción.** Considera la adicción como una *entidad independiente* y no la consecuencia de otro trastorno. La característica principal de los trastornos adictivos consiste en la *falta de control* sobre el uso de la sustancia y la preocupación para su obtención, a pesar de las consecuencias adversas que resultan de su utilización. Considera que esta pérdida de control posee una *base biológica y genética*. Esta idea presenta una oposición al modelo psicoanalítico, que supone que la adicción constituye el síntoma de una psicopatología, de un conflicto psicológico o de



emociones inaceptables subyacentes. Este modelo ocasionó el desarrollo del tratamiento de la adicción independiente al de otros trastornos psiquiátricos.

***Hipótesis de la Automedicación.*** Los efectos farmacológicos específicos de las drogas de abuso son utilizados por individuos susceptibles de automedicar la expresión sintomatológica de sus trastornos mentales.

La elección de la droga no constituye un proceso al azar sino que se da una utilización concreta de una droga determinada para realizar una *automedicación específica*. Esta teoría, sin embargo, no contempla los siguientes factores:

-Factores biológicos y genéticos

-Factores socioculturales

***Modelo Bio-psico-social.*** Considera la existencia de una *causalidad multifactorial* en cuanto al uso de sustancias, que incluye:

- El factor genético, que determina la pérdida de control, constituye un elemento representativo del *modelo de enfermedad de la adicción*.
- El factor psicológico que conlleva consumir para escapar de sentimientos desagradables, lo cual apoya la anteriormente expresada *hipótesis de la automedicación*.
- El factor socio-cultural, que implica la disponibilidad de la sustancia por marcaje cultural, o su accesibilidad por vigencia social en función de cada segmento demográfico.

Este modelo permite explicar:

- La diversidad de pacientes con trastornos adictivos, muchos de los cuales presentan trastornos psiquiátricos preexistentes, coexistentes o secundarios al uso de sustancias.
- La variación en la prevalencia de los trastornos adictivos en diferentes poblaciones.

El modelo sugiere, a su vez, que la población que abusa de sustancias no constituye un grupo homogéneo, sino una constelación de grupos heterogéneos, entre las cuales se sitúa el grupo de pacientes duales, dentro del cual podemos distinguir diversas circunstancias de origen:

- Trastornos por uso de sustancias secundarios a los trastornos psiquiátricos.
- Trastornos por uso de sustancias primarios.

Es importante que tratamos de progresar en la caracterización de los rasgos de personalidad en pacientes duales, teniendo en cuenta aspectos metodológicos a mejorar, puesto que esto podría permitir una mejor adecuación del tratamiento integrado de estos pacientes en el futuro (Szerman, Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid., 2011)

#### **4.5 Investigaciones en patología dual**

En la patología dual son importantes diversas variables, las cuales van a condicionar de una manera considerable el desarrollo y evolución de la misma (Miquel, 2011). Algunas de las variables significativas en este tipo de patología son el género, la edad de inicio del tratamiento, el nivel de estudios del paciente, la dependencia de opiáceos, el policonsumo, la presencia de trastornos psicóticos y de trastorno límite de personalidad. Así pues, en el estudio llevado a cabo por Madoz Gúrpide (Madoz Gúrpide, 2013), se

encontró que el género condiciona el tipo de alta, hallándose mayores porcentajes de alta terapéutica para las mujeres. Asimismo, poseer mayor nivel de estudios aumenta el mejor pronóstico, de manera que aquellos que poseen estudios superiores obtienen en mayor medida el alta terapéutica. Por su parte, si el tratamiento se comienza con mayor edad, se disminuye la probabilidad del alta terapéutica (Barea et al., 2009). De igual manera, el policonsumo, el diagnóstico de trastornos psicóticos y el trastorno límite de personalidad se relacionan con peores resultados, obteniéndose menores porcentajes de altas terapéuticas. En consecuencia, ser conscientes y capaces de reconocer estas características va a permitir la identificación precoz de los pacientes que tienen más riesgo de abandonar precipitadamente el tratamiento, para tratar de prevenirlo aumentando la intensidad terapéutica (Madoz Gúrpide, 2013)

Cabe reseñar que, la mayoría de las personas con adicciones que demandan un tratamiento han sufrido durante su infancia algún evento traumático. Frecuentemente encontramos que los adultos que están siguiendo algún tipo de tratamiento por adicciones aseguran contar con una historia de traumas psicológicos y en torno a un 33-50% de ellos reúnen criterios para trastorno de estrés postraumático. Esta circunstancia también sucede a la inversa puesto que, el abuso de sustancias se da frecuentemente entre aquellos adultos que padecen trastorno de estrés postraumático (Mosquera Barral, 2012). Esta conclusión también se apoya en el estudio realizado por Casares (Casares López, 2011), donde se perseguía evaluar la frecuencia de patología dual y de riesgo de suicidio en personas consumidoras de sustancias internadas en prisión e investigar los factores asociados con su desarrollo. La muestra estuvo compuesta por 143 reclusos

## TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

---

varones, ingresados en un centro penitenciario de Asturias. Tras realizar los análisis descriptivos y de regresión logística, se halló que el 35% de los internos presentaron patología dual, de los cuales el 60,6% también presentó riesgo de suicidio. Asimismo, se comprobó que la presencia de malos tratos físicos ocurridos durante la infancia incrementa la probabilidad de desarrollar un trastorno por consumo de sustancias, de ansiedad y/o patología dual. Por tanto, se comprueba nuevamente como los malos tratos son un factor condicionante a la hora de desarrollar comorbilidad psiquiátrica.

Igualmente, es importante evaluar la interacción entre los antecedentes psicopatológicos familiares, la dinámica familiar, los trastornos de conducta, los trastornos por uso de sustancias y de trastornos de personalidad. Para ello, Barea et al. (Barea, 2010) realizaron un estudio transversal con 350 drogodependientes evaluando los antecedentes familiares psiquiátricos, de alcoholismo y de drogodependencia; la dinámica familiar, el consumo de sustancias; y la presencia de trastornos de personalidad, los problemas de conducta en la adolescencia y los trastornos sociales. En los resultados se comprueba que el inicio del consumo en edades más tempranas se relaciona con antecedentes familiares de drogodependencia y con una peor dinámica familiar. Los antecedentes familiares de alcoholismo, drogodependencias y psiquiátricos se relacionan con una dinámica familiar más deteriorada. Asimismo, la edad de inicio en el consumo más temprano, los antecedentes familiares y una peor dinámica familiar se relacionan con los problemas de conducta y el trastorno disocial. Del mismo modo, tener una corta edad cuando se inicia a consumir, tener antecedentes familiares

psiquiátricos, una peor dinámica familiar, problemas de conducta y trastorno disocial se relaciona con la presencia de algún trastorno de personalidad.

La edad de inicio en el consumo de metadona y de otros opiáceos permite predecir la presencia de algún trastorno de personalidad (Barea, 2010). La puntuación en antecedentes familiares de alcoholismo permite predecir la presencia del trastorno de personalidad límite y la edad de inicio en el consumo de cocaína permite predecir la presencia de trastorno de personalidad antisocial. Por tanto, podemos concluir como los antecedentes familiares de consumo de sustancias y en el consumo propio predicen la presencia de algunos trastornos de personalidad (Pérez del Río, 2010). Anteriormente expusimos como el consumo del cannabis se asocia con una amplia variedad de trastornos mentales, destacando el posible papel que dicho consumo tiene en la razón de desarrollar trastornos mentales graves tales como la esquizofrenia o trastorno bipolar. Además, el sistema cannabinoide está implicado en la regulación emocional, de manera que consumir cannabis también puede alterar dicha regulación y asociarse con trastornos de ansiedad y depresivos (Torrens Mellich, 2008). En relación a ello, Arias et al. (2013) realizaron un estudio con el objetivo de analizar a este subgrupo de adictos a cannabis procedentes del Estudio Ciudad-2 sobre prevalencia de patología dual en varios dispositivos asistenciales. Para ello, se conformó una muestra compuesta por 837 sujetos en tratamiento en la red de salud mental o en la red de drogas de la Comunidad de Madrid. De estas personas 353 tenían un diagnóstico de abuso o dependencia de cannabis a lo largo de su vida y 357 tenían otros trastornos por emplear otro tipo de sustancias distintas al cannabis.

## TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

---

Tras analizar los resultados se llegó a las siguientes conclusiones: Por un lado, se consideró que el 76,5% de los adictos al cannabis tenían un diagnóstico dual en el momento de realizar el estudio, destacando la prevalencia de trastornos del humor y ansiedad. Por otro lado, el 51% de los adictos a cannabis tenían un diagnóstico de trastorno de personalidad. La mayoría de estos pacientes tenían varios diagnósticos de trastornos por uso de sustancias. Los sujetos con abuso o dependencia del cannabis comenzaban a consumir más pronto otro tipo de drogas como el alcohol, la cocaína y el tabaco que el resto de los adictos. Del mismo modo, este subgrupo se diferenció del resto de los adictos por su asociación con el trastorno antisocial de personalidad, el trastorno bipolar, la psicosis y la agorafobia. La presencia de estos trastornos mentales correlaciona significativamente con comenzar a consumir de manera precoz (Barea, 2010). Por tanto, atendiendo a este estudio podemos concluir que la presencia de patología dual es muy elevada en adictos en tratamiento que tienen dependencia de cannabis y de consumirlo (Roncero, Paciente psicótico y consumo de sustancias: patología dual., 2006); posiblemente esto esté asociado a padecer trastornos mentales graves como la psicosis y el trastorno bipolar. Asimismo, una edad de más temprana en el comienzo del consumo de cannabis se asocia con más riesgo de presentar los trastornos mentales mencionados (Arias, 2013).

Roncero et al. (2013), por su parte, decidieron llevar a cabo una investigación para evaluar la percepción de los profesionales sobre el grado de importancia de la adherencia terapéutica de los pacientes con patología dual así como, valorar los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos más empleados. Lo que perseguían

era averiguar cuál es la percepción de los profesionales clínicos sobre las causas del incumplimiento y el tipo de estrategias que pueden facilitar una buena adherencia al tratamiento terapéutico. Para conseguir este objetivo realizaron una encuesta on-line, la cual fue contestada por 169 profesionales (79,8% médicos o psicólogos) que trabajan en los distintos centros españoles que atienden a pacientes con patología dual. Los resultados a este estudio indican que existe una percepción sobre los pacientes duales de que éstos, en su mayoría, tienden a incumplir el tratamiento. Del total de profesionales, el 96,2% percibe que el incumplimiento está relacionado con una mala evolución, de manera grave e incluso muy grave. Esto se relaciona principalmente con la baja conciencia que los pacientes tienen sobre la enfermedad que padecen, así como de la presencia de efectos secundarios, la falta de eficacia y las posologías complicadas. Para mejorar el cumplimiento, desde este estudio, plantean utilizar fármacos con pocos efectos secundarios y fáciles de manejar. Asimismo, estos autores plantean emplear psicoeducación, técnicas motivacionales y tratamiento psicológico individual. Por tanto, podemos concluir diciendo que existe la percepción de que un alto porcentaje de pacientes duales presentan mala adherencia al tratamiento y que esto influye en el proceso terapéutico. Por tal razón, todos los profesionales implicados en el ámbito de la patología dual deben realizar esfuerzos tanto en el tratamiento farmacológico como en el no farmacológico (Roncero, Percepción de los profesionales españoles sobre la Adherencia terapéutica en patología dual., 2013).

Arias et al. (2013), llevaron a cabo un estudio en el cual se valoraba la prevalencia y las características de los pacientes de patología dual, diagnosticados de un trastorno mental

## TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

---

y de uno por uso de sustancias dentro de las redes asistenciales de Salud Mental y Drogodependencias de la Comunidad de Ciudad-2. Reunieron una muestra de 837 sujetos, de los cuales 517 eran pacientes con patología dual. Al comparar, por un lado, los pacientes con patología dual con aquel grupo que solo presenta trastorno por uso de sustancias pero sin patología dual, encontraron que entre los pacientes duales hay menos varones y tienen peor situación laboral, siendo las drogas que más consumen el alcohol y el cannabis. Por otro lado, al compararlos con el grupo de trastornos mentales sin uso de sustancias, encontraron diferencias dentro de las características demográficas analizadas así como, en los casos de patología dual, donde los pacientes son diagnosticados más frecuentemente como trastorno bipolar, agorafobia, trastorno por ansiedad generalizada, trastorno por estrés postraumático, mayor riesgo de suicidio y distintos trastornos de personalidad. De tal modo, la presencia de patología dual es elevada en los sujetos en tratamiento y presentan unas características diferenciales, tales como mayor riesgo de suicidio y una situación laboral inestable, lo que hace inferir que el pronóstico será peor. Por tal motivo es importante tener en cuenta esta cuestión para conseguir desarrollar unos recursos asistenciales adecuados (Arias, 2013)

El estudio llevado a cabo por la Sociedad Española de Patología Dual en la Comunidad de Madrid, tenía como objetivo valorar la presencia de diagnósticos comórbidos de trastornos mentales y adictivos de forma retrospectiva en la historia clínica de pacientes en tratamiento en las redes asistenciales de salud mental o de adicciones de la Comunidad de Madrid. Para conseguir esto, se valoraron las historias clínicas de 400 pacientes en tratamiento en los centros de atención al drogodependiente, centros de



## TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

---

atención integral al drogodependiente, centros de salud mental o servicios de psiquiatría de los hospitales de Madrid. Se recogieron de forma retrospectiva los datos de las últimas 20 historias clínicas de cada centro seleccionado. Los resultados obtenidos confirman que la prevalencia de la patología dual fue del 34%. Se encontraron diferencias en la prevalencia entre las dos redes asistenciales. Por un lado, hubo un 36,78% de los pacientes en tratamiento en la red de drogas que fueron considerados duales frente a un 28,78% de los que se hallaron en la red de salud mental. Se encontraron relaciones entre el diagnóstico de patología dual y el consumo perjudicial o dependencia de alcohol o cocaína pero no con el de heroína. Los trastornos mentales más frecuentes en los pacientes duales que en los no duales fueron los trastornos del humor, los trastornos de personalidad y la esquizofrenia. En consecuencia, se pudo concluir que existe una elevada prevalencia de pacientes con patología dual entre los sujetos que buscan tratamiento, siendo el número de pacientes mayor en la red de atención al drogodependiente y mayor entre aquellos con dependencia de alcohol o cocaína (Szerman, Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid., 2011).

Anteriormente vimos como el género es un factor que influye en la prevalencia de enfermedades psiquiátricas, su expresión sintomática, curso, pronóstico, demanda y respuesta ante el tratamiento. Por ello Miquel et al. (2011), revisaron 40 estudios publicados en *Medline*, *Web Sciencia* y *Journal Citation Reports* hasta diciembre de 2009, en los cuales se da información sobre las diferencias de género en la prevalencia y las características clínicas de pacientes duales mayores de 18 años. Las conclusiones a

las que llegaron tras esta revisión bibliográfica es que la distribución de los trastornos mentales en el eje I en pacientes duales, según el género, se mantiene similar a la de los trastornos mentales no duales en la población general. Existe una prevalencia mayor en hombres con trastornos psicóticos y bipolares, y en mujeres con trastornos de ansiedad y afectivos (Miquel, 2011).

Para finalizar la compilación de estudios realizados; mencionaremos el estudio elaborado por (Fernández Ozcorta, 2011). La finalidad de estos autores era realizar una descripción empírica de afecciones psicofísicas que presentaban los pacientes con patología dual de los centros de tratamiento integral de patología dual de la Asociación “Hu.Pa.Dual”. Para ello, realizaron una descripción y un análisis de la interrelación de factores físicos y de otros factores psicopatológicos contemplados en las subescalas de ansiedad-insomnio, depresión y disfunción social. Emplearon la validación española del Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28) de Lobo, Pérez-Echeverría y Artal (1986) como medida de línea base, aplicándose después la intervención deportiva en una muestra compuesta por seis personas y, como medida post intervención el re-tests del mismo.

Los resultados mostraron diferencias significativas previstas en las subescalas de disfunción social y depresión, reduciéndose las puntuaciones respecto de la línea base tras la intervención deportiva, siendo menor esta diferencia en la subescala de ansiedad (Fernández Ozcorta, 2011). Así, comprendemos como el deporte es un factor favorable para la mejoría y evolución de estos pacientes duales, pudiendo servir como un elemento a tener en cuenta dentro de los programas terapéuticos.

Entre las personas que consumen drogas, la prevalencia de diagnóstico dual más elevada, correspondería a aquellos individuos que demandan tratamiento con metadona o están ya adscritos a estos programas de mantenimiento con metadona. Estos pacientes tienen tasas que varían del 45% al 80% a lo largo de la vida. En cuanto a las tasas de comorbilidad actual para la esquizofrenia, en estudios americanos, oscilan entre un 15% y un 60% (Ortiz Cobo, 1989).

En relación con las personas que padecen un problema de drogodependencia y los trastornos de la personalidad que puedan sufrir, se ha llegado a estimar que la relación entre ambos trastornos está situado entre el 70% y el 90% (Martínez, 1999).

Podemos concluir, por tanto, que la Patología Dual permanece enmascarada durante mucho tiempo, se diagnostica tarde y mal, los pacientes tienen la sensación de haber llamado a la puerta equivocada, se resisten al tratamiento y los tratamientos prevalentes son más sintomáticos que etiológicos.

#### **4.6 ¿Qué puede aportar el psicoanálisis al tratamiento de la Patología Dual?**

- 1.-Posibilita un **enfoque holístico** de la mente humana abordando las diferentes dimensiones de la identidad personal del paciente: Consciente – Inconsciente /Afectos – Creencias /Identificación – Proyección.
- 2.-Permite elaborar, diacrónicamente, una idea más aceptable de sí mismo mediante una reconstrucción (resemantización) de su intimidad.
- 3.- Relaciona la **biografía con la personalidad y el síntoma\***. La escucha analítica, en atención flotante, no es acecho del síntoma, es desactivación de la carga traumática y

devolución de las partes buenas, olvidadas entre los escombros de la represión y la culpa.

4.- Investigaciones neuropsicológicas han evidenciado que la mayor parte del trabajo del cerebro es **inconsciente** (Kihlstrom, 1987) incluyendo aspectos de la memoria, el pensamiento, toma de decisiones, resolución de problemas y otras tareas (Milner, 1998).

5.- Existen consistentes evidencias epidemiológicas, biológicas y cognitivas que asignan extrema importancia a las **experiencias de la infancia** en el desarrollo posterior de psicopatología: (Champion, 1995); (Rutter, 1999); (Liu, 1997); (Bretherton, 1997); (Schoore, 2001); citados por

6.- Investigaciones neuropsicológicas y las llevadas a cabo con sujetos víctimas de **trauma psicológico** han demostrado que los recuerdos emocionales pueden fijarse **sin ningún registro consciente** de su incorporación como tales (Ledoux, 1992); (Kolk, 1996)

7.- Las investigaciones conducidas con adictos han evidenciado que los principales **desencadenantes de recaídas y “craving”\*** -dos componentes centrales en las conductas adictivas- son sus **perturbaciones emocionales y los conflictos interpersonales** (Brewer, 1998); (Marlatt, 1985); (Cooney, 1997); (Rubonis, 1994).

8.- Dado que la psicoterapia psicoanalítica se centra en la personalidad como un todo – con especial consideración a las emociones y a las relaciones interpersonales-, este tipo de intervención vendría a constituir una **potente herramienta**, destinada en último término a **prevenir recaídas** de la adicción.

9.- Desde nuestra experiencia, la combinación del tratamiento psicoanalítico en el contexto de la comunidad terapéutica constituye un refuerzo eficaz de la acción terapéutica, valorado positivamente por el conjunto de pacientes y terapeutas.

#### **4.7 Reformulaciones teóricas**

**Dodes** (1990, 1996), considera que las conductas adictivas representan una defensa contra *intensos sentimientos de desvalimiento* (helplessness). Tal defensa consistiría en desarrollar una sensación de poder interno, obtenida a través del control de los propios estados afectivos. Se trata de una restitución del narcisismo de la persona, uno de cuyos componentes esenciales es el control de los estados internos. El adicto se debate entre sentimientos de impotencia (*vulnerabilidad, desvalimiento*) y la búsqueda de su compensación por medio de actos omnipotentes (*poder, control*), algo similar a las defensas maníacas descritas por Winnicott y Rosenfeld (Winnicott, 1958; Rosenfeld, 1964).

**Wurmser** (1984), que concibe la adicción como consecuencia de una crisis narcisística (la fantasía del adicto: *"Yo estoy cerca de un estado ideal porque soy uno con el protector, y así he eliminado la voz de mi consciencia, a la vez que cualquier autoridad fijadora de límites"*).

**Khantzian** (1985) (la fantasía del adicto sería, por ejemplo: *"Yo necesito consumir drogas al modo de una prótesis que me sirva para superar mis sentimientos depresivos"*).

**Krystal** (1978a) de que el dependiente no fue suficientemente capaz de internalizar funciones maternas cuidadoras (en este caso, la fantasía sería *"Yo no poseo una básica sensación de protección y seguridad, por lo que requiero proveerme una manera artificial de calmarme y consolarme"*).

**McDougall** (1984) de que el adicto sostuvo una lucha en defensa por su derecho a existir (aquí la fantasía sería *"A través del uso de sustancias, me siento como si fuera tan importante como alguien que vive separado de los otros"*).

**Kernberg** (1975), que ve en los adictos un intento de fusión con un objeto materno idealizado y capaz de proveer seguridad y bienestar (aquí la fantasía adictiva sería: *"Mientras estoy bajo el efecto de las drogas, me siento tan seguro y protegido como un niño en los brazos de su madre"*).

Después de analizar estas reformulaciones teóricas que tienen en común considerar el consumo de drogas como sustrato de la Patología Dual, podemos concluir que:

El psicoanálisis de las adicciones y la patología dual puede enriquecer la comprensión y el **proceso de recuperación** de las personas que sufren dependencia a sustancias.

Proporciona una profunda visión acerca de la relación entre persona, droga y desajuste mental.

Como **fenómeno nuclear** subyacente a las distintas conceptualizaciones sobre la adicción, aparece el de una profunda **vulnerabilidad narcista**. (Dodes, 1990);

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

La sensibilidad a sentimientos de impotencia puede ocurrir en diversas estructuras mentales y no sólo narcisistas: Neurosis severas (Wurmser), Personalidad límite (Krystal) Depresiones (Khantzian) etc...

## **5. EL TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE BASE ANTROPOLÓGICA.**

A continuación, elaboramos una breve delimitación acerca de aquello que se entiende por tratamiento psicoanalítico, desde las características diferenciales del método original de S. Freud, a las coordenadas teóricas, prácticas y comunicacionales, que plantea el psicoanálisis de base antropológicas; abordando también la importancia que la comunicación transferencial y la expresión del paciente tienen durante el proceso del tratamiento psicoanalítico. Revisaremos una serie de estudios acerca de la eficacia o ineficacia que dicho tratamiento tiene. También trataremos de responder, en este apartado, a las preguntas básicas que podría hacerse alguien que desconozca el psicoanálisis: ¿Qué es el psicoanálisis? ¿Cómo se practica? Y ¿para qué sirve?

### **5.1 Delimitación del tratamiento psicoanalítico**

La historia del psicoanálisis como método terapéutico y como teoría obliga que nos remontemos a los trabajos de Freud, donde ya podemos observar el origen del psicoanálisis como un método terapéutico diferenciado del resto de métodos, utilizados en aquella época (Toro Roa, 2011).

Para que el tratamiento psicoanalítico sea eficaz se requieren períodos de tiempo más largos, que para una psicoterapia focal: desde medio año hasta tres años. Pudiendo establecer 100 horas, como una referencia. Este tratamiento comienza con las entrevistas, cuyos objetivos se centran en evaluar conjuntamente con el paciente si se dan las condiciones adecuadas para comenzar un tratamiento psicoanalítico. El énfasis en realizarlo conjuntamente es que el paciente se debe implicar de forma activa y



responsabilizarse durante el desarrollo de las entrevistas (Beller Taboada, 2009). No obstante, la participación en estas entrevistas no es igualitaria debido a la diferencia de roles que cada parte asume. Cada parte aporta desde sus capacidades los elementos necesarios para resolver el asunto que les concierne (Yasky, 2005). Por tanto, es imprescindible que el analista ayude al paciente a asumir una plena responsabilidad acerca de sí mismo, así como que promueva que éste cree sus propios significados acerca de los temas que expone (Castillo y Gómez, 2004).

El tratamiento psicoanalítico no funciona en todos los casos ni en cualquier circunstancia (González Guerras, 2008). No podemos ayudar a todas las personas que solicitan este tratamiento, o por lo menos no bajo cualquier condición (Yasky, 2005). Ser conscientes de que cada caso es distinto y cada sujeto irrepetible nos hará más competentes en el momento de enfrentarnos al conflicto que los pacientes nos expongan (Castillo y Gómez, 2004). No obstante, si el caso puede ser tratado mediante el método terapéutico psicoanalítico, es imprescindible tener en cuenta varias condiciones para resolverlas durante el inicio del tratamiento. Por una parte, es importante averiguar el motivo de consulta, la demanda inicial, que generalmente no coincide con la demanda “real” para lo cual es necesario atender a lo que apunta el paciente así como intentar comprender el porqué de las características del problema que nos presenta tanto implícita como explícitamente (Bastos, 2004). Este acercamiento al caso implica una aproximación tanto nomotética como ideográfica. Es decir, atendiendo tanto a las particularidades que de manera individual confluyen en el sujeto como a las generalidades que nos orienten en la comprensión del caso (Sánchez Barranco Ruiz et

al., 2005). Ambas orientaciones son polos de una lógica donde transcurre el entender del analista pues, para comprender el caso particular, el profesional ha de atender a las nociones psicopatológicas establecidas y al mismo tiempo observar el comportamiento y expresiones del sujeto; elementos que le permitirán comprender la realidad que inherentemente el paciente está experimentando (Yasky, 2005).

La comprensión intelectual del caso nos da una pista de lo que puede suceder pero no es la labor analítica como tal, ya que ésta se centra en descubrir cuál es el significado inconsciente de las manifestaciones que trae el paciente a consulta (Beller Taboada, 2009). De tal modo, es importante el reconocimiento de ciertas pautas de funcionamiento psíquico preponderantes en el paciente, las cuales nos van a permitir reconocer si estamos frente a funcionamiento de personalidad neurótico, perverso o psicótico (Fernández Bellinchón y Rodríguez Moya, 2013) y, en función de tal precisión estimar la magnitud de la tarea a emprender o si podemos o no ofrecer un tratamiento viable (Yasky, 2005).

Puede ser de utilidad diagnosticar la estructura de estos pacientes (neuróticos, perversos, o psicóticos), ya que el trabajo que podamos realizar con ellos va a depender en gran medida de su estructura de personalidad (Lora y Calderón, 2010). En consecuencia, a mayor desestructuración del paciente, la estructuración que se haya de llevar a cabo en el tratamiento también será mayor.

También podemos considerar que es preferible *no diagnosticar* determinados casos, haciendo prevalecer el enfoque ideográfico sobre el nomotético, permaneciendo abiertos a la estructura del relato, por parte del paciente, sin etiquetas ni prejuicios.

## TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

---

Las fases iniciales del tratamiento son las más complejas ya que, es en ellas en las que vamos a ir aclarando hasta donde podemos ir trabajando con estos pacientes, algo que va a depender de estas estructuras de personalidad mencionadas, de su historia personal, de su situación actual y de la relación que establezca con el analista (González, Guerras, 2008).

Para entender las psicopatías es necesario conocer cómo cualquier sujeto tiene procesos de internalización de las representaciones objeto externo, de las representaciones del sí mismo y un afecto que acompaña a ambas representaciones (Sánchez Barranco Ruiz et al., 2005). En consecuencia, todos tenemos una imagen de los individuos que nos rodean, otra imagen de nosotros mismos y una emoción que las acompaña. Esto lo adquirimos durante el desarrollo evolutivo a través de las interacciones con las personas significativas y, se genera a través de los sistemas de identificación (Fernández Bellinchón y Rodríguez Moya, 2013).

Desde el psicoanálisis clásico, los trastornos de personalidad se conciben como un fallo al realizar la triangulación edípica. Esto es, las relaciones son duales, existen dos sujetos en una relación y, aunque pueda haber otras relaciones e individuos en la vida de la persona con el trastorno de personalidad, éstos no son capaces de integrarla y experimentan estas relaciones de manera separada o dual (Fernández Bellinchón y Rodríguez Moya, 2013).

El momento vital para que estas estructuras disfuncionales pasen a conformar parte de la personalidad es la percepción de la diferencia sexual anatómica, y con ella el temor a la castración: el niño percibe que existen diferencias entre el hombre y la mujer a nivel

físico, lo cual le lleva a aceptar o rechazar ese contenido percibido sensorialmente (Fernández Bellinchón y Rodríguez Moya, 2013).

Otro momento que puede ser crucial para desarrollar este tipo de estructura de personalidad patológica puede ser los fallos iniciales durante la creación del vínculo de apego con la madre (Fonagy y Target, 2005). La escisión de la figura materna como aquella suficientemente buena y capaz de proporcionar cuidados y atención al menor es uno de los principales mecanismos que da lugar a los trastornos de personalidad (Fernández Bellinchón y Rodríguez Moya, 2013)

El trabajo con los pacientes no es simple, puesto que son personas en su mayoría con una personalidad débil y no reflexionan cuando actúan. Son pacientes que presentan, por lo general, bloqueo y aislamiento de los afectos y además intentan evitar toda relación cercana y emocional (Bleichmar, 2004). Asimismo, su capacidad de introspección y reflexión es escasa, a lo que si añadimos su poca tolerancia a la frustración y su yo débil, implicará que el analista deba ser activo y capaz de tratar con las emociones, ansiedades y necesidades de las que los pacientes no son, por el momento, conscientes (Sánchez Barranco Ruiz et al., 2005). Esta contención y sostenimiento puede ayudar a que el paciente vaya paulatinamente reconociendo determinadas emociones y sentimientos, lo que le va a permitir con el paso del tiempo aumentar su capacidad reflexiva acerca de lo que le sucede en su interior (González, Guerras, 2008).

Si el tratamiento va bien, después de un tiempo determinado podemos comenzar a trabajar con las cuestiones de la historia personal del paciente. En la historia vital de

cada paciente podemos encontrar un denominador común y es que en la mayoría de los casos en éstas hay un déficit y fallos de los padres en el momento de instaurar una relación funcional con sus hijos (Suaréz Santos, 2006).

En ocasiones los padres les sobreprotegen, en otras les descuidan, pero en la base está la mayor o menor capacidad de estos para ver a sus hijos como una persona independiente, competente y con sus propios estados emocionales internos (González, Guerras, 2008). Este acontecimiento se podría explicar del siguiente modo según el enfoque psicoanalítico. La práctica psicoanalítica se interesa por los conflictos intrapsíquicos inconscientes (Bleichmar, 2004), los cuales se constituyen por los sucesos de los deseos pulsionales procedentes del inconsciente en la interacción con el objeto (Suaréz Santos, 2006), teniendo vital importancia los primeros años de la infancia, lo que sirve como fundamento ya que, si no fueron resueltos adecuadamente durante este periodo, van a ocasionar desajustes a lo largo de la vida de la persona (Sánchez Barranco Ruiz et al., 2005).

Un tema permanentemente discutido es la vinculación entre el tratamiento psicoterapéutico y psicoanalítico. Existe una estrecha relación en toda cura entre lo psicoterapéutico y lo psicoanalítico. Por un lado, lo psicoanalítico tiende a la deconstrucción de los mitos e ideologías construidas por el yo mientras que, por otro lado, la tendencia reparadora de la psicoterapia acompaña a este movimiento (Suaréz Santos, 2006). En ambos casos, para poder establecer una meta para la cura analítica, está sería la de establecer una vinculación sincera y autentica así como la apertura del paciente hacia el analista (Bleichmar, 2004).

Mantener el funcionamiento del yo y organizar el mundo interno corresponde tanto a lo psicoterapéutico como a lo psicoanalítico. Ambos aspectos se encuentran constantemente entrelazados en sus funciones y de ahí surge la necesidad de aunar la labor psicoanalítica y psicoterapéutica para llevar a cabo la cura del paciente. Si las cosas no marchan en la dirección apropiada, lo psicoterapéutico deriva hacia lo directivo y, en consecuencia, lo psicoanalítico se desmonta (Suaréz Santos, 2006).

### **5.2 Importancia del lenguaje en el tratamiento psicoanalítico.**

El lenguaje es la capacidad de referirse comprensiblemente a la realidad.

Cencillo, en una de las conferencias de “Antropología de la constitución del mundo” (1979) dio esta definición de lenguaje: “Es el modo compendiario, totalizador y articulante de estar potencialmente presente la realidad total, en la mente de cada sujeto humano, dispuesta a atribuir los significados adecuados, en un doble movimiento, denotativo y connotativo, que todo lo coimplica, sin confundirlo, a base de unidades de significado”.

El lenguaje resume, esquematiza y recapitula la realidad, vincula y relaciona la intimidad y el mundo, expresa su internalización emocional y simbólica como totalidad, y se produce en un doble movimiento, que en parte es denotativo, intencional y consciente y en parte connotativo, involuntario, impensado, mediante los automatismos del estrato semántico de la vida inconsciente.

La dificultad que encontramos en los pacientes es que no son capaces de reconocer ni de articular en el lenguaje las dificultades internas que lo han llevado a encontrarse en la

compleja situación que actualmente presenta (Sánchez Barranco Ruiz et al., 2005). Los pacientes tienen problemas para darse cuenta de lo que sienten, así como para reflexionar sobre ello; su capacidad de mentalización es escasa o inexistente (González, Guerras, 2008). En relación a este aspecto, el psicoanálisis aboga por una modificación subjetiva del paciente cuando éste asume la responsabilidad sobre sus propias narraciones, como consecuencia de que el sujeto toma conciencia de su situación a través de aquello que expresa (Sánchez Barranco Ruiz et al., 2005). Esa toma de conciencia hace imposible que pueda seguir adelante como si no se hubiera expresado. Este efecto en el cambio de la posición subjetiva, producido gracias al lenguaje, es impensable alcanzarlo mediante las ciencias, bien sea la lingüística o la lógica (Beller Taboada, 2009).

El lenguaje como expresión del estado psíquico guarda una lógica propia; por un lado, es una acción de la conciencia más elevada que el mero acto comunicativo entre dos personas, y más allá de ser una competencia intrapsíquica, pasa a convertirse en una realidad que procede del inconsciente y gracias a la cual las personas pueden tomar conciencia de sí mismos y de sus circunstancias psíquicas (Lora y Calderón, 2010). Gracias al lenguaje podemos generar un sentido de realidad compartida que se articula a las manifestaciones no verbales del deseo. De tal modo, el lenguaje es la forma primaria del aprendizaje y un proceso complejo a través del cual se consigue extraer el contenido del pensamiento. En consecuencia, el pensamiento deja de ser, en esencia, inconsciente, una vez nos hacemos presos de la palabra enunciada (Andrade Salazar, 2011).

El análisis del lenguaje en la terapia implica la reconstrucción de la palabra fragmentada por distintas confabulaciones, las cuales emergen de las resistencias existentes en todos los procesos psicoterapéuticos (Sánchez Barranco Ruiz et al., 2005). Cada palabra es la representación de algo, la palabra indica presencia del signo como expresión del síntoma y, ausencia del entendimiento de éste último por parte del paciente (Bleichmar, 2004). El paciente, a través de su narración, consigue romper el muro que había construido en torno a su síntoma y que le impedía reconocer el motivo principal por el cual acudió a consulta (Lora y Calderón, 2010). Este encuentro del paciente con sus palabras es vital en la relación terapéutica, ya que gracias a que el paciente enfrenta verbalmente su estado interno, es decir, construye con palabras aquello que nace de su inconsciente, consigue dar una realidad a su experiencia vital (Andrade Salazar, 2011).

### **5.3 Sobre la ciencia y la eficiencia del psicoanálisis**

Desde los orígenes del psicoanálisis concretamente dos años antes de que Freud publicara el texto fundacional de “La interpretación de los sueños” (1900) ya se negaba la validez científica y la eficacia terapéutica del psicoanálisis. Esta idea es recogida por el propio Freud escribiendo que cada vez que lee la noticia de un nuevo fracaso del psicoanálisis en el tratamiento de un caso, tiene la misma sensación del que lee en la prensa local la noticia de su propia muerte, comprobando con alivio su falsedad.

Del mismo modo que no puede hablarse de modo unívoco sobre “la verdad” o conformarnos con el viejo esquema de verdades de fe o esenciales y verdades de razón o existenciales, sin caer en cierta ingenuidad filosófica, tampoco podemos hablar de modo unívoco sobre “la ciencia”.



TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

---

Puesto que también las ciencias algo tienen que ver con la búsqueda de la verdad, enumeramos los tipos de verdad que propone Cencillo (1998) en el segundo volumen de “*Interacción y conocimiento – Sujeto, referencia y reflexión*”: 1 Verdad tautológica, 2 V. sistémica, 3 V. metafísica 4 V. empírica, que a su vez puede dividirse en 5 V. física, 6 V. psicológica, 7 V. histórica, 8 V. sociológica, 9 V. lingüística, 10 V. estética; 11 V. existencial estricta, 12 V ética, 13 V. axial, 14 V. ideológica, 15 V. cosmovisional.

Así, también podemos proceder a una deducción escalar de las diferentes ciencias, no desde una clasificación externa y vulgar de sus objetos, sino calibrando con precisión sus elementos constitutivos a través de los parámetros de *observación* y *modelización*.

La **observación** puede caracterizarse considerando simultáneamente tres momentos del proceso; 1 Amplitud de enfoque (restrictiva o complejiva) 2 Mediación (inmediata o mediata, instrumental y codal) y 3 Configuración de su contenido (descriptiva o interpretativa) (...)

La **modelización** puede ser *algorítmica*, y ésta a su vez simbólico calculatoria (cuántica, espacial, mixta) o matricial y *no algorítmica* (taxonómica, mecánica estructural o paramétrica)

Combinando estos parámetros resulta que las *ciencias humanas* presentan mayores índices de observación y modelización que algunas ciencias de lo material. Así, Cencillo (1978) presenta la siguiente gradación escalar de las ciencias, de 0 a 9:

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

Tabla 1 Clasificación escalar de las ciencias

	<b>OBSERVACIÓN</b>	<b>MODELIZACIÓN</b>	<b>CIENCIA</b>
<b>0</b>	Pura, no cualificada, conocimiento pre científico, asistemático.	Inexistente, conexión artificiosa de elementos, atribución de causalidad.	Superstición: (RAE) 2 f. “Fe desmedida o valoración excesiva respecto de algo. <i>Superstición de la ciencia.</i> ” <i>Biológicas y geológicas.</i>
<b>1</b>	Restringida, micro dimensional	Taxonómica, matemática.	
<b>2</b>	Restringida y descriptiva	Matemática, matricial.	<i>Astronómicas</i>
<b>3</b>	Restringida mediada	Algorítmica, matricial	<i>Físicas</i>
<b>4</b>	Complejiva, macrodimensional, inmediata, descriptiva.	Algorítmica (simbólico – calculatoria) y no algorítmica (taxonómica, estructural, paramétrica)	<i>CC Sociales</i>
<b>5</b>	Complejiva, mediada e inmediata, descriptiva e interpretativa	No algorítmica, simbólica estructural, paramétrica,	<i>Antropología, Psicología, Historia.</i>
<b>5.5</b>	Complejiva, inmediata, descriptiva, <b>interpretativa</b>	Estructural, <b>simbólica</b> , paramétrica, taxonómica.	<b><i>Psicoanálisis</i></b>
<b>6</b>	Taxonómica y estructural	Restringida, inmediata, descriptiva, interpretativa	<i>CC Lingüísticas</i>
<b>7</b>	Observación nula	Algorítmica espacial y matricial	<i>Disciplinas geométricas.</i>
<b>8</b>	Observación nula	Algorítmica cuántica y matricial	<i>Aritméticas y algebras</i>
<b>9</b>		Modelización pura	<i>Lógica</i>

*De: “El hombre noción científica” Cencillo, L. p. 57, y modificado por Sedano, J.*

En este esquema, el psicoanálisis ocupa un lugar privilegiado que corresponde a la optimización de apertura del diafragma de la observación respecto de la modelización, como corresponde a una mente (sujeto cognoscente) que observa otra mente (objeto conocido).

## TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

---

Sin duda, el psicoanálisis también puede considerarse en cierto modo una superstición, que corresponde al nº 0 del esquema anterior, sobre todo si nos atenemos a la primera de las acepciones de la RAE (1): “Creencia extraña a la fe religiosa y contraria a la razón” puesto que trata de lo irracional y lo inconsciente. Pero también podemos decir que participa del nº 9 del esquema, puesto que requiere un nuevo tipo de lógica, lógica de lo inconsciente, propia del sistema primario, en la que no existe el tiempo, la negación ni el grado de certeza y los contrarios activados simultáneamente no se anulan, sino que forman pares intermedios.

Parece “lógico” entonces, que no se continúe descalificando gratuitamente el psicoanálisis como pre-científico o a-científico, desde una consideración estrecha de la ciencia, que presupone un solo tipo de observación: la cuantitativo experimental, y un solo tipo de modelización: la matemática, dando lugar a numerosos malentendidos.

“La ciencia es poesía de conceptos” decía Cencillo, y el psicoanálisis en general y de modo especial el psicoanálisis de base antropológica supone un enriquecimiento y profundización de los paradigmas científicos, al adentrarse en los enigmas de la mente humana, considerando una “*noción científica*” del hombre como especie, en todos los lugares de la tierra, todas las épocas y todas las civilizaciones. Decir entonces que el psicoanálisis es “poco científico” desde determinada perspectiva, puede ser tan irrelevante como decir que es “poco literario” desde cierto estilo o “poco estético”.

Según el estudio realizado por López et al., (2004) con el objetivo de comparar la efectividad del tratamiento psicoterapéutico, farmacológico, mixto y con placebo en el manejo de la depresión leve y moderada, se comprobó que la psicoterapia demostró

## TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

---

tener la misma respuesta terapéutica que un antidepresivo, fue menor que la terapia combinada y mejor que el placebo. No obstante, conviene indicar que los resultados se pueden modificar en el seguimiento a largo plazo debido a la historia natural de la enfermedad. El uso de la psicoterapia para tratar la depresión es importante debido a que existen pacientes que no aceptan el tratamiento antidepresivo por factores como pueden ser socioculturales o por la alta sensibilidad a los efectos colaterales. Este estudio es respaldado por el que Lottenberg Semer et al., (2008) llevaron a cabo. En esta investigación se realizó un tratamiento con psicoterapia psicoanalítica a cuatro mujeres con trastorno borderline. Dicho tratamiento terapéutico les fue administrado durante un año, período tras el cual se pudo correlacionar los cambios psíquicos de las pacientes (detectados por el Roschard que fue administrado antes de iniciar el tratamiento) con los cambios ocurridos en el encuadre psicoanalítico. Por tanto, podemos decir que la psicoterapia contribuye a que el paciente retorne a su nivel de equilibrio psicológico normalizado.

No obstante Eysenck (1952) declaró férreamente que la intervención psicoterapéutica no es útil. Eysenck comparó la tasa de mejoría de pacientes con perturbación comparable a los que habían sido tratados con psicoterapia. En concreto, estableció la tasa de mejoría, por remisión espontánea de los síntomas en dos grupos de control. El primero de los grupos estaba constituido por pacientes de condición neurótica, en situación de recuperados. El segundo de los grupos control estaba conformado por 500 pacientes que tras tres meses con síntomas de neurosis, habían recibido una baja laboral y eran tratados por sus médicos de cabecera, sin emplear la psicoterapia.

## TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

---

Estos casos fueron seguidos durante cinco años con la finalidad de determinar el porcentaje de recuperaciones. De manera paralela, Eysenck estableció la tasa de mejoría de pacientes neuróticos que habían sido tratados por psicoanálisis y formas eclécticas de tratamiento. Para ello, realizó una revisión de 19 estudios publicados en una muestra total de 700 casos. Los resultados de ambos grupos control muestran que el 72% de los pacientes neuróticos severos se recuperaban considerablemente sin tratamiento psicoterapéutico sistemático, mientras que tan solo el 44% mejoraban con psicoanálisis y el 64% empleando métodos eclécticos. La conclusión a la que se llegó es que la psicoterapia no promueve la recuperación del trastorno neurótico (Sales, 2009).

En todo caso, debemos ser cautelosos a la hora de interpretar estos resultados. Tomando en consideración las diversas investigaciones llevadas a cabo, podríamos inferir que, más allá del alivio sintomático que puede producirse, lo terapéutico del psicoanálisis se articula con la respuesta y los recursos del paciente frente a lo traumático (Suaréz Santos, 2006).

El trabajo analítico da lugar a modificaciones subjetivas que permiten un reposicionamiento al sujeto. Las diferentes formas de defensa que el paciente presenta hacia el tratamiento que con éste se está llevando a cabo por parte del analista, ya son en sí mismas respuestas (Bleichmar, 2004). Si el análisis altera a las defensas es para dar lugar a otras respuestas posibles y es en este momento cuando el encuentro con el analista puede dar al paciente una posibilidad de mejorar. Lo analítico y lo terapéutico se articulan y conjuntamente otorgan una oportunidad al sujeto (Rubistein y Bachmann, 2010).

Lo que aquí se plantea no es desestimar el papel que los fármacos pueden tener en determinadas problemáticas, sino que lo que se pretende es interrogar el marco ético de su uso, contemplando que existen diversos tratamientos que, como hemos podido comprobar, son igual o más eficaces para tratar determinados problemas personales. Emplear de manera mecánica el fármaco para tratar el síntoma que adolece en la persona, implica arrebatarse a ésta de su responsabilidad, la cual es asumida por completo por el terapeuta, con los riesgos y consecuencias que ello implica (Kelman, 2012).

En la clínica psicoanalítica, el síntoma obtiene una dimensión de verdad que proporciona una perspectiva totalmente diferente en relación con la responsabilidad subjetiva y al contexto de una cura (Castillo y Gómez, 2004). La experiencia psicoanalítica conlleva que el sujeto tome conciencia sobre aquel motivo que lo trae a consulta, debiendo implicarse con aquello que narra y asumir la responsabilidad sobre su propia patología (Sánchez Barranco Ruiz et al., 2005).

En otras palabras, el paciente siempre es el responsable de su particular problemática y de la estructura de personalidad que se ha conformado, lo que le permite situarse en una posición de autoridad y competencia frente a su padecimiento y clave de su cura (Kelman, 2012).

De tal modo, aprehendemos una diferencia fundamental entre la concepción del síntoma desde los postulados exclusivamente médicos y aquellos tratamientos psicoanalíticos (Kelman, 2012). En la práctica médica, el síntoma es señal de lo patológico y la cura a la que se pretende llegar es eliminarlo, incidiendo en el proceso patológico que sería la causa de la alteración en la estructura normal de la personalidad. El síntoma tiende a ser

rechazado, enmascarado u ocultado por la propia persona que de éste se adolece, pero el hecho de rechazarlo no hace que deje de estar presente (Bleichmar, 2004).

El reconocimiento del síntoma pasa a ser la vía gracias a la cual podemos acceder a su verdad, ya que este reconocimiento implica que el sujeto pasa a hacerse responsable de su situación y por tanto de la implicación activa que ha de tener en el transcurso de su cura (Kelman, 2012).

Llegando a esta precisión sobre la naturaleza del síntoma, parece conveniente hacer algunas precisiones sobre el método original del Dr. Freud, no para mirar el pasado con nostalgia, sino para reafirmar en las características diferenciales de su método una originalidad que se opone, no sólo a otras psicoterapias sino al conjunto de tratamientos del malestar mental.

#### **5.4 Psicoterapia psicoanalítica y Psicoanálisis**

Siguiendo a Ávila Espada, en “Psicoanálisis, psicoterapias de orientación psicoanalítica y efectividad terapéutica” (1988), la psicoterapia psicoanalítica puede ser definida como *“una relación de ayuda clínica, que busca con la participación del sujeto, prevenir, contener, modificar o erradicar, trastornos, alteraciones o disfunciones de salud mental o física que se dan en el sujeto”*.

La psicoterapia psicoanalítica tiene como premisas constitutivas:

- El psicoanálisis como marco de referencia teórico básico para entender el psiquismo humano.

## TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

---

- La utilización del *encuadre* y la técnica psicoanalítica, adaptados a la demanda y características del sujeto, aceptando técnicas activas de otros marcos teóricos.
- Hay consenso científico en reconocer como tratamiento “psicoterapia psicoanalítica” a aquellos que refieren las siguientes premisas:
- La existencia de lo inconsciente y su papel determinante en la actividad psíquica.
- La sexualidad infantil en la ontogénesis de la personalidad.
- La relevancia del complejo de Edipo.
- La existencia de mecanismos de defensa.
- El papel determinante de la transferencia y contratransferencia.
- La regla fundamental de la libre asociación y consecuente atención flotante.

El psicoanálisis añade además:

- La demanda analítica: “Hacer consciente lo inconsciente”. “Devenir como sujeto”.
- Que la demanda sea reconocida por alguien que ocupe el lugar de “Psicoanalista”
- La formulación explícita de un marco o encuadre: el contrato analítico.
- La configuración de la escena analítica por la transferencia y la interpretación.

Edelson (1984), en su obra *“Hipótesis y evidencias en psicoanálisis”* ha destacado la importancia de los estudios intensivos de casos individuales, para generar y poner a prueba las hipótesis de la terapia psicoanalítica.



## TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

---

Entre los objetivos de los *estudios teóricos* pueden destacarse los siguientes:

- Extraer hechos de interés, todavía no explicados, o que lo han sido de forma no satisfactoria.
- Establecer claramente los marcos de referencia teórico-conceptuales en la observación y descripción de hechos no explicados.
- Definir conceptos teóricos y explicarlos mediante la ilustración de sus características, tal como se dan en un caso individual.
- Generar hipótesis teóricas, técnicas y clínicas que puedan desarrollarse empíricamente en un área determinada.

Los objetivos y características de los *estudios empíricos* en psicoterapia:

- Ofrecer un método para mejorar la fiabilidad o validez con que es medida la variable de interés, principalmente a través del desarrollo de modelos de observación sistemática controlada.
- Presentar un conjunto de medidas de la variable de interés y sugerir cómo dar cuenta de los cambios observados en dicha variable.
- Probar una hipótesis mediante la obtención de evidencias actuales probatorias, que han sido obtenidas de manera que el investigador pueda argumentar que ello justifica provisionalmente la aceptación de una hipótesis como verdadera, sobre una o más hipótesis rivales o alternativas.
- Clarificar una hipótesis respecto a su alcance, mediante la replicación sistemática del caso individual, y argumentando en qué medida las conclusiones

## TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

---

derivadas del estudio de un sujeto individual, sean o no generalizables a otros sujetos.

- Los estudios de casos individuales facilitan la oportunidad para describir, con tanto detalle como sea posible, un determinado caso raro o difícil de observar, incluso si no se generan o prueban hipótesis.
- Ilustrar una técnica o método, o en otras palabras, mostrar cómo se hace algo.

Kernberg (1984) centra la investigación en psicoterapia en varios focos de interés:

- Las habilidades del terapeuta.
- Las técnicas de tratamiento.
- La selección de pacientes.

Edelson (1984) ha formulado varias proposiciones que intentan un acercamiento entre el Psicoanálisis y la investigación científica:

- Las entidades de la Teoría Psicoanalítica deben ser clarificadas. La nueva perspectiva no proposicional de la teoría puede ser útil para sistematizar y explicar conceptos e hipótesis psicoanalíticas; decidir cuáles son los dominios de aplicación del psicoanálisis y revisar las relaciones entre las ciencias neurológicas y el psicoanálisis.
- El psicoanálisis deberá prepararse para utilizar desarrollos metodológicos y conceptuales derivados de la investigación del caso individual, en particular para argumentar más sólidamente las cuestiones acerca de la validez y la generalizabilidad de casos individuales.

- El psicoanálisis no debe darle la espalda a la teoría de la probabilidad. Esta ha sido propuesta como una “propensión objetiva” del caso individual. Muchas hipótesis psicoanalíticas pueden ser formuladas mejor de forma probabilística.

*“Las hipótesis psicoanalíticas pueden ser sometidas a comprobación en la situación psicoanalítica”.* (Edelson, 1984: 158)

Las orientaciones del psicoanálisis como *ciencia* y como *experiencia*, no son dos enfoques opuestos teóricamente, pero sí en la praxis del psicoanálisis. Si se limita a la *experiencia* del sujeto con su deseo, ante la que el analista es otro que queda fuera, no puede hablarse de verificación, método o concepto definibles *a priori*. Si el psicoanálisis enfoca su praxis hacia la consecución de efectos terapéuticos, mediante la *intervención* del terapeuta, podemos hablar de ciencia.

El Prof. Ávila Espada termina el texto que hemos citado anteriormente con la siguiente reflexión sobre la efectividad terapéutica del psicoanálisis:

*“En el Psicoanálisis actual caben dos orientaciones: el Psicoanálisis en cuanto Ciencia y en cuanto Experiencia. No son propiamente dos enfoques contrapuestos a nivel de la teoría, pero la divergencia puede abrirse en la praxis. Si el Psicoanálisis se ubica en la frontera de la experiencia subjetiva con el deseo, ante la que el analista es un Otro que queda fuera, no cabe entonces hablar de verificación o método, objeto o concepto definibles a priori. Si el Psicoanálisis enfoca su praxis hacia la consecución de efectos aprovechables terapéuticamente, en la que el terapeuta es un elemento (muy complejo, por cierto) que interviene, entonces sí habremos de encontrar un lugar para los procedimientos científicos en su desarrollo. Aquí entra en escena la Clínica, piedra de toque del Psicoanálisis. Un Psicoanálisis Clínico exige su lugar entre*

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

*las ciencias, ciencias cuyo concepto, objeto y método necesitan reformularse, puesto que en esta ciencia el sujeto que cambia ocupa un lugar central. Cerrar los postulados de esta ciencia es algo que todavía - ¿afortunadamente? - se nos escapa.”*

### **5.5 El método terapéutico del Dr. Freud**

Resumimos el método psicoanalítico original de Freud refiriéndonos a dos reglas fundamentales: la libre asociación y la regla de la abstinencia; y cuatro factores terapéuticos: 1.- Regresión, 2.- Transferencia 3.- Interpretación y 4.- Elaboración. De este conjunto de reglas y factores se deducen seis características diferenciales del psicoanálisis, que pueden expresarse en forma de antinomias (F. Villamarzo, 1987) y se corresponden con los elementos del método, según el siguiente esquema:

Tabla 2 Las seis características diferenciales del psicoanálisis

---

	<b>ANTINOMIAS</b>	<b>MÉTODO</b>
1.	No directivo vs directivo	Libre asociación
2.	Frustrante vs gratificante	Abstinencia
3.	Etiológico vs sintomático	Regresión
4.	Cura por la palabra vs acción	Transferencia
5.	Monólogo vs diálogo	Interpretación
6.	Larga duración vs breve	Elaboración

A continuación, expondremos las seis características diferenciales del psicoanálisis, siguiendo un esquema que comprende la descripción y una breve explicación de cada una, en correspondencia con cada elemento del método: leyes y factores, y cada uno de estos explicados, en lo posible, según las palabras textuales formuladas por Freud para

definirlo o referirse a ellos, el principio en que se basan estas leyes o factores, los medios técnicos que se articulan y la finalidad terapéutica.

Hay que destacar, que aunque tanto las reglas como los factores hayan sido considerados independientemente y aceptados o ignorados por diferentes autores, en realidad constituyen un método coherente y estructurado, de modo que no puede relegarse ninguno sin grave perjuicio para el funcionamiento del método. Las características derivadas de estos factores, por tanto, constituyen también una unidad y deben ser consideradas en conjunto, para comprender la especificidad del psicoanálisis.

**Primera: El método psicoanalítico es No directivo**

Basándose en esta primera característica, surge la psicoterapia de Carl Rogers. No directivo significa literalmente que el paciente dirige su propio proceso y el terapeuta debe atenerse a la espontaneidad que surge del discurso del paciente como una de las experiencias más valiosas que pueden surgir en la comunicación humana. Sin espontaneidad, no hay análisis. Si el proceso es “directivo”, si es “educativo”, si es “orientador” si es “consejo”... no es verdadero psicoanálisis. El psicoanálisis no puede ser directivo porque la primera y más importante de sus normas es la denominada “libre asociación”.

a. LIBRE ASOCIACIÓN

**Fórmula freudiana:** “Iniciamos el tratamiento invitando al paciente a ponerse en la situación de un observador atento y desapasionado, limitándose a leer la superficie de su conciencia, y obligándose, en primer lugar a una absoluta sinceridad, y en segundo, a no

excluir de la comunicación asociación ninguna, aunque le sea desagradable comunicarla o le resulte insensata, nimia o impertinente” (O.C. III, 2663) Psicoanálisis y teoría de la libido: 1923.

**Principio:** Verbalización sin censura moral.

**Medios:** Asociación por semejanza, contraste y contigüidad (Aristóteles)

**Finalidad terapéutica:** Descubrir las conexiones entre el discurso manifiesto y el contenido latente.

**Segunda: El método psicoanalítico es frustrante.**

Esta característica diferencia el psicoanálisis no sólo del conjunto de psicoterapias – más o menos dinámicas- que pretenden aliviar el malestar mental ofreciendo consejo y consuelo a los pacientes, sino de tratamiento psiquiátrico basado en la administración de psicofármacos: Una pastilla es incomparablemente más gratificante que el silencio. Pero ¿Por qué no actuar? ¿Por qué no decir? ¿Por qué no consolar? Para explicarlo, tenemos que referirnos a la “regla de la abstinencia”.

b. REGLA DE LA ABSTINENCIA

**Fórmula freudiana:** “La cura psicoanalítica debe desarrollarse, dentro de lo posible, en abstinencia (*in der Abstinenz*) Congreso de Budapest, en respuesta a S. Ferenczi. (O.C. III, 2459)

**Principio:** Contraindicación de “actuar”.

**Medios:** Frustración. Negarse a satisfacer las demandas de relación personal, consejo o satisfacción directa de necesidades “por muy cruel que parezca”.

**Finalidad terapéutica:** “Debemos dejar subsistir en los enfermos la necesidad y el deseo como fuerzas que han de impulsarle hacia la labor analítica y la modificación de su estado”.

**Explicación actual:** La satisfacción prematura produce un alivio momentáneo y engañoso que impide al paciente descubrir sus espejismos imaginarios y ficciones simbólicas. Impide el adecuado análisis de las demandas insatisfechas subyacentes a los síntomas. (v. Villamarzo)

**Tercera: El método psicoanalítico es etiológico.**

Etiológico porque busca las causas, adentrándose en el origen del malestar mental, tratando de descifrar el enigma después de conocer los códigos específicos con los que cifra su discurso cada paciente, leyendo en el síntoma aquello que no ha podido hacerse palabras.

**FACTOR TERAPEUTICO 1.- REGRESIÓN**

**Fórmula freudiana:** “... se demostró que el psicoanálisis no conseguía explicar nada actual, sino refiriéndose a algo pretérito, e incluso que todo proceso patógeno supone otro anterior, que no siéndolo por sí mismo, presta dicho carácter al suceso ulterior.”

(O.C. II, 1897)

**Principio:** Revivir las más primitivas experiencias infantiles.

**Medios:** Encuadre terapéutico; con el paciente tumbado en el diván, en decúbito supino, la consulta en penumbra y el terapeuta fuera del ángulo de visión y en silencio acogedor.

**Finalidad terapéutica:** Descubrir y tratar las raíces patógenas.

**Cuarta: El método psicoanalítico “cura por la palabra”.**

La palabra cura porque articula en torno a sí una constelación de símbolos, significantes y efectividades prácticas, que movilizan y transforman la intimidad del paciente que se expresa o calla, vaciándose en la situación de la sesión, por el influjo transferencial.

**FACTOR TERAPEUTICO 2.- TRANSFERENCIA**

**Fórmula freudiana:** Las transferencias son... *“Reediciones de los impulsos y fantasías que han de ser despertados y hechos conscientes durante el desarrollo del análisis y que entrañan, como singularidad característica, la sustitución de una persona anterior por la persona del médico”* (Caso “Dora” O. C. I, 998)

**Principio:** *“Falsa conexión”* de la persona del analista con las figuras más significativas de los primeros años de vida.

**Medios:** Identificación y manejo de los *efectos transferenciales* (v. Cencillo)

**Finalidad terapéutica:** Posibilitar la *“Experiencia emocional correctora”* (v. Alexander) que permita rectificar las *“fantasías temidas”* que se encuentran en la base de la sintomatología específica.



**Quinta: El método psicoanalítico se basa en un monólogo del paciente.**

El psicoanálisis no es un diálogo, ni como a veces se ha pretendido una mayéutica, un arte de preguntar. Es monólogo del paciente. La función del terapeuta es ocultarse en el silencio, salir del ángulo de la visión y del ángulo del pensamiento del paciente, para que pueda aproximarse al reborde negativo de lo no decible, inconsciente.

FACTOR TERAPEUTICO 3.- **INTERPRETACIÓN**

**Fórmula freudiana:** *“El psicoanálisis es un arte de interpretación, y se plantea la labor de profundizar en el primero de los grandes descubrimientos de Breuer, o sea, el de que los síntomas neuróticos eran una sustitución plena de sentido de otros actos psíquicos omitidos”* (O.C. III, 2663)

**Principio:** La correcta y oportuna formulación interpretativa, por parte del terapeuta, posibilita que el paciente tome vivencialmente conciencia entre los síntomas actuales y los conflictos infantiles de los que dimanar. (v. Villamarzo)

**Medios:** Conocimiento de los códigos del paciente, manejo de recursos hermenéuticos y resemantización.

**Finalidad terapéutica:** Aclarar el sentido oculto subyacente al material conscientemente aportado por el paciente.

**Sexta: El método psicoanalítico requiere una “larga duración”**

Frente a lo efímero que se impone en las “relaciones líquidas” (Z. Bauman, 2008) el psicoanálisis plantea abiertamente una “diástasis de la temporalidad” (L. Cencillo, 2005) plantea considerar nuevas dimensiones del tiempo, dentro del tiempo,

amplificando sus horizontes. Reconstruir el pasado mediante la resemantización, contrastar la efectividad de la praxis en el presente y proyectar un futuro éticamente orientado, desde las claves y referentes del paciente, no puede improvisarse. La elaboración requiere un tiempo cualitativamente determinado por la maduración personal. El psicoanálisis de una persona requiere normalmente varios años, para que puedan surgir los remanentes del pasado, en el presente, y que estos, puedan ser interpretados descubriendo la verdad de los motivos inconscientes.

#### FACTOR TERAPEUTICO 4.- **ELABORACIÓN**

**Fórmula freudiana:** “Recuerdo, repetición y elaboración”, 1914: “*El médico no tiene que hacer más que ESPERAR y dejar desarrollarse un proceso que no puede ser ni eludido ni tampoco siempre apresurado*”. (A condición de que se observen las Leyes fundamentales y los tres factores anteriores, solo queda la no fácil tarea técnica de saber esperar, para que la elaboración se produzca, de manera natural, como una asimilación fisiológica.)

**Principio:** “*Wo Es war, soll Ich werden*” “Donde era el ello, ha de ser el yo” (O.C. III, p. 3146) “Hacer consciente lo inconsciente”.

**Medios:** Fortalecer el **YO** del paciente, para que pueda resolver las tensiones entre las tendencias instintivas del **ELLO** y las exigencias morales del **SUPER-YO**.

**Finalidad terapéutica:** Conseguir en los pacientes una modificación estructural que garantice la no recaída sintomática.

Este conjunto de características diferenciales, leyes y factores constituyen el origen del método. Más de cien años después, podemos hablar de un sistema, en el sentido articulación de elementos, relaciones, etiquetas y leyes de composición interna. O de forma más precisa, en este ámbito de conocimiento de las ciencias humanas, del conjunto de axiomas, principios y recursos ejecutivos y estrategias activadoras, que dan validez conceptual y operativa al psicoanálisis de base antropológica.

### **5.6 La base antropológica del psicoanálisis.**

A lo largo de su extensa obra, Cencillo inicia y expone una detallada “antropología de la intimidad”, que es la base de su sistema de pensamiento.

Según Cencillo, el contenido de la intimidad es el conocimiento. El hombre permanece como mismidad en el flujo vivencial del tiempo, de modo que toda acción humana y toda obra cultural dimanen de la intimidad. La *praxis*, es por tanto, consecuencia y no fundamento de la capacidad de intimidad. La intimidad se caracteriza por la *profundidad*: proceso transformativo que tiene como resultantes la distancia intencional y la simbolización. La intimidad resulta entonces como la unificación energética intensiva e inespacial, por la que el hombre se hace presente a sí mismo en su diacronía proyectiva, hacia el futuro y hacia la alteridad. (Cencillo, L. 1971).

Si el hombre se caracteriza por el *desfondamiento*, por su carencia de una base natural fija y automáticamente determinada, entonces la intimidad se cualifica como esa conciencia de desfondamiento, esa presencia del desfondamiento a sí mismo, en la que simultáneamente se determina y se afirma en cuanto *libertad*.

El dato más llamativo y constante de lo humano en cuanto tal es la indefinida posibilidad de combinaciones: **la indeterminación radical**. Este dato primario viene a concretarse en otros tres referentes comunes a todas las culturas de la especie humana: *desfondamiento, frontiería e indefinitud*.

El **desfondamiento** consiste en no poder el hombre recibir nunca, por parte de su constitución natural y física, una determinación firme, fija y universal. Cencillo se opone a todo determinismo biológico, psicológico y social y funda en la indeterminación la libertad, puesto que nada que no sea lo infinito, se presenta al hombre como lo inexorablemente apetecible o lo absolutamente deseable. Considera que es un dato de realidad que el hombre nunca sabe a qué atenerse existencialmente con certeza, en cuanto rebasa sus necesidades biológicas, y aun éstas, para ser satisfechas, requieren necesariamente unas técnicas del cuerpo, aprendidas culturalmente. El propio cuerpo, es la resultante de un conjunto de mediaciones culturales que configuran su forma particular de estar en el mundo. El hombre no tiene una base firme en la que sustentar sus creencias: Está desorientado, es incompleto e indefinidamente modificable.

La especie humana no encuentra un fondo seguro, dado por naturaleza y espontáneamente desde el cual edificar la cultura, la existencia y la ética con evidencias universales. Esto no quiere decir que el hombre no disponga de *certezas, verdades y valores*, sino que no vienen dados y el hombre los necesita para ser humano, a través de un *laborioso esfuerzo de reflexión consciente y de una voluntad de fidelidad*. Desde el desfondamiento, la especie humana es indefinidamente libre para pensar, optar, valorar,

elegir el método y el punto de vista. El hombre, resulta así un *cuasi-absoluto* precario, en busca de sí mismo y en condiciones que desconoce. La conciencia moral es el nexo vinculante entre la libertad del *cuasi-absoluto* en relación con su responsabilidad y las exigencias objetivas de la realidad.

La **frontería** supone que los límites del hombre pueden -y a veces deben- ser traspasados, son fronteras, que le permiten una indefinida capacidad de superación. La ética viene a constituir otra experiencia de frontería, es ante todo manifestación y advertencia de esas sutiles fronteras que la realidad establece para el hombre. La función primordial de la ética es la sustentación de *un mínimo de humanidad* en los comportamientos humanos. Es el saber que orienta al hombre para que la *demasia* no rompa su equilibrio debido. El ser humano es fronterizo por su existir entre *tensiones antinómicas*; Libertad y necesidad, naturaleza y cultura, consciente e inconsciente, valor y des-valor, certeza y duda, realización y alienación, poder e impotencia, individuo y sociedad, intimidad y colectividad, secreto y expresión, egoísmo y altruismo, placer y deber, hartura e indigencia, construcción y destrucción, rutina y creación, teoría y práctica, tradición y novedad, orden y caos... etc.

El hombre es fronterizo porque vive en múltiples planos, y en cada uno la realidad puede mostrarse distinta: plano de los intereses múltiples (económicos, estéticos, afectivos, culturales y éticos) plano de las defensas, plano de la comprensión teórica, plano de la creatividad praxica, plano de la convivencia social, plano de las realidades somáticas, plano de la intimidad, plano de las seguridades, plano de los riesgos, plano de las posibilidades, plano de los logros...

El modo *fronterizo* de estar en el mundo se manifiesta en cuatro sentidos:

- 1.- En la frontera entre lo orgánico y lo psíquico.
- 2.- En la frontera entre el pasado y el futuro.
- 3.- En la frontera entre lo individual y lo social.
- 4.- En la frontera de *cada aspecto de toda situación*, al ser capaz de valorar todo lo dado desde diferentes enfoques, con diferentes criterios simultáneamente.

Un matiz que agudiza la frontera y la convierte en cualidad positiva es la multifocalidad, que permite contemplar, mentalmente, las realidades en sus múltiples aspectos, de forma simultánea o sucesiva. Todas las realidades humanas ofrecen un amplio margen de *interpretación*: el conocimiento práctico es acentuadamente *hermenéutico*, sobre un ilimitado mar de *radical indeterminación*.

La **indefinitud** es un neologismo expresa el aspecto más dinámico del desfondamiento. Si el hombre fuese simplemente *finito* estaría conforme con su finitud. Si fuese plenamente *infinito*, se poseería plenamente y no se vería forzado a irse realizando. Tampoco podemos decir que sea *indefinido*, pues posee una acción expansiva y superadora. Por eso Cencillo utiliza el neologismo de “*indefinito*”.

Podemos decir que nos hallamos en la pleamar del finitismo, pero el hombre no puede pacificarse positivamente en su finitud. Tiene que llegar a ser algo distinto de lo que ya está siendo, en el nivel de especie, de grupo y de individuo. Vive literalmente **colgado del futuro**, respondiendo no a lo que ya existe, sino a aquello que no existiendo todavía, le impulsa a transformarse y a transformar la realidad. Interpreta selectivamente las

posibilidades a través de la auto comprensión, abarcando lo que no se es y no se sabe si puede llegar a ser. De ahí la zozobra de una continua e irreversible frustración y a la vez no puede *dejarse existir* irresponsablemente. La facultad más característica que dimana de esta indefinitud es la de poder crear nuevas posibilidades a partir de las posibilidades dadas.

Desde la experiencia más constante y universal de las sociedades, en todas las culturas y civilizaciones, el ser humano aparece como **un viviente auto-posesivo y ensimismado**, con capacidad de comprensión, enfoque, valoración y opción, para actuar en el logro de lo que aun no es, generando nuevas posibilidades, en una superación incesantemente dialéctica de todo lo logrado.

La indefinitud tiene como consecuencia el hacerse multidimensional del hombre y la formalización de un mundo dialécticamente abierto y generador de posibilidades, siempre modificables en ulteriores síntesis. A la actividad que responde a este inacabamiento dialéctico del mismo hombre y de su mundo llamamos praxis.

La **praxis** tiene reservas insospechadas en la exploración de las dimensiones psíquicas de los seres humanos, en el descubrimiento de *los mecanismos inconscientes*. El psicoanálisis de base antropológica, es el sistema idóneo para actuar de forma no represiva en la restauración de los niveles más profundos de la personalidad y en la plenitud expansiva de sus capacidades y posibilidades.

El ser humano, se halla siempre en trance de construir su realidad, su "mundo" sus campos pragmáticos, sus vigencias y sus estructuras mentales, y entre todos estos

niveles existe una continuidad en la que no pueden establecerse cesuras absolutas, sino que su naturaleza es práxica, en el sentido de que está determinada por su propia acción, y "**estar-en-el-mundo**" es estar integrado dinámicamente en un indefinido proceso de formalización y de construcción de su mundo.

*Improvisar constantemente nuevas formas de humanidad* es el destino del hombre; y la felicidad no está exenta de problematicidad, sino que reside más bien en un cierto grado de humildad que permita seguir luchando por la propia realización, manteniendo una densidad de vida mental e interior suficiente para no dejarse atrofiar por la masificación ni recortarse otras posibilidades humanas, *en armonía y coherencia con el mundo*.

Solo el hombre puede negar sin destruir negar sus cualidades, sus relaciones, sus valores. Prescindir de lo presente para centrarse en contemplar lo ausente. Imaginar cómo serían las cosas si no fueran como han llegado a ser, por eso puede el hombre ser creativo. Y hacer sitio, crear nuevos ámbitos para lo nuevo. Todo ser humano tiene la experiencia vital e íntima de que lo realmente importante, lo central de su vida está fuera de sí mismo. Y no sabe qué es. Hay en la estructura mental del ser humano una exigencia del "Centro", que mientras no encuentre casi *iniciáticamente* deja al sujeto al margen provisional de lo "realmente importante". Es la necesidad práctica de orientación existencial, que sólo parcialmente se consigue mediante la educación, los aprendizajes y la experiencia de la vida. De ahí que el hombre como especie, grupo e individuo busque necesariamente modelos, sistemas, referentes universales, para realizarse, pero es muy fácil el error opcional. Siempre subsiste el ser humano *tenso*



entre contrarios y variables de los cuales no sabe o no acierta a primar, para cuya solución se van originando las sapiencias, las revelaciones y **la ética**.

Este conjunto de características culturales, comunes a toda la humanidad, deben estar presentes en toda intervención terapéutica sobre la intimidad humana, para no intervenir arbitrariamente y menos aun agredir con protocolos directivos, sino por el contrario, permitir la máxima espontaneidad desde la plenitud de libertad que deriva de la indeterminación radical y la confianza que genera disponer de un amplio repertorio de recursos teóricos, técnicos y clínicos, que constituyen el sistema de psicoterapia de Cencillo.

### **5.7 El sistema de psicoterapia de Luis Cencillo: Psicoanálisis de base antropológica.**

Se resumen aquí las enseñanzas del sistema de psicoterapia de Cencillo, en las páginas que siguen, como un fiel reflejo no sólo de sus textos – y en especial de *“Transferencia y sistema de psicoterapia”*- sino también de sus clases, seminarios, conferencias y enseñanza personal.

“Psicoanálisis de base antropológica” es la denominación finalmente adoptada por el Instituto Psicoanalítico de Salamanca para referirnos al legado intelectual del profesor Luis Cencillo, que proviene de la denominación del “Máster de Psicoterapia Psicoanalítica de Base Antropológica” impartido conjuntamente por la Fundación Cencillo de Pineda y la Universidad de Salamanca.

## TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

---

El núcleo de sistema está constituido por un esquema referencial, conceptual y operativo que consta de axiomas, principios teóricos, dinámico-estructurales y comunicacionales, recursos del sistema, registros ejecutivos y estrategias activadoras, además de unas breves referencias a la transferencia y a los sueños, que describimos a continuación:

### AXIOMAS

A.- Todo proceso consciente tiene un **correlato inconsciente** que, de algún modo, se filtra por el mismo.

B.- El mundo humano es la resultante de un montaje informático, simbólico signitivo, **emocionalmente internalizado** por la persona y por el grupo.

C.- Luego las perturbaciones de la personalidad y de las relaciones de esta con el mundo, **pueden ser rectificadas, reversiblemente**, si se reelaboran tanto los registros del montaje informático y simbólico-signitivo del mundo, como los procesos de internalización del mismo, gracias al influjo que sobre el correlato inconsciente de los procesos conscientes puede ejercer la **comunicación transferencial**.

### PRINCIPIOS TEÓRICOS

1.- PRINCIPIO ECONÓMICO: La base libidinal inconsciente del psiquismo se comporta en forma de una energía (sexual y agresivo-defensiva) que tiende a evitar el dolor y aumentar la gratificación.

TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

---

2.- PRINCIPIO DINÁMICO: La energía inconsciente se halla en constante proceso evolutivo y puede bloquearse o derivar por vías inadecuadas a causa de obstáculos emergentes.

3.- PRINCIPIO SEMÁNTICO: Las relaciones dinámicas entre la energía y su mundo se filtran por *códigos significantes polisémicos*. Cada persona tiene una percepción diferente de la realidad, según haya sido codalmente filtrada e investida significativa, axial y emocionalmente.

4.- PRINCIPIO SOCIAL: La personalidad está inscrita en una trama de relaciones sociales que la *apoyan, estimulan, bloquean o perturban*, mediante proyecciones del entorno social introyectadas por el sujeto.

PRINCIPIOS DINÁMICO-ESTRUCTURALES

1.- PROCESUALIDAD: Todo proceso existencial humano es dinámico, evolutivo y vectorial (*procede de y tiende a*). Del mismo modo, la recuperación se articula en un proceso con diferentes fases.

2.- HOLOGÉNESIS: La eficacia terapéutica exige compulsar la totalidad (*holos*) de los elementos y factores que han dado lugar a la generación (*genikón*) de una determinada personalidad.

3.- PERFECTIBILIDAD: *No basta con devolver al paciente su disponibilidad libidinal y dinámica sino que hay que apoyarle mayéuticamente para que se acabe de autoidentificar, amplíe su visión, se integre en un mundo resemantizado y canalice lúcidamente sus impulsos.*

TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

---

4.- RECUPERABILIDAD: Las malformaciones, fijaciones y huellas traumáticas de la personalidad son recuperables. La terapia debe *aprovechar la dinámica libidinal* para crear las condiciones favorables de la recuperación y llegar a una reasunción integrativa del sobrante libidinal.

5.- PRINCIPIO ARQUEOLÓGICO-ESTRATIGRÁFICO: Las huellas mnémicas se superponen en diferentes *estratos* y es preciso acceder *cuidadosamente* a los elementos originarios (*arkáia*) en el pasado más remoto de la formación de la personalidad para *reelaborar* intensamente ese material.

6.- PRINCIPIO DE ESPECIFICIDAD HERMENÉUTICA: El terapeuta debe *construir el código propio y específico* del caso concreto que está tratando, sobre la base de las confirmaciones *seriales, estructurales y afectivas* del paciente.

#### PRINCIPIOS COMUNICACIONALES

1.- PRINCIPIO TRANSFERENCIAL: La *empatía transferencial bidireccional* es un requisito indispensable. Es una adecuada apoyatura emocional que sirve como *anestesia* del miedo infantil que se halla en la base de toda neurosis. Cumple la función de proyectar los *fantasmas* en el terapeuta.

2.- PRINCIPIO SITUACIONAL: La *situación concreta* es la sesión psicoanalítica, en la que el terapeuta es el elemento **real** ineludible, actuando con una *contratransferencia de proximidad (Mitmenschlichkeit)*. La consulta debe ser un lugar neutro, funcional, sobrio y estético. Es preferible el destartalamiento que recuerde el de un estudio o un

taller, que el lujo excesivo, que tiene un cierto carácter de agresión para el paciente. Es preferible que el paciente ignore las particularidades de la vida concreta del terapeuta.

3.- PRINCIPIO DE ESPONTANEIDAD: El discurso analítico es *monólogo del paciente* y no diálogo con el terapeuta. La actitud del terapeuta debe ser *receptiva de la espontaneidad* del paciente. Es preferible la pasividad ortodoxa para garantizar la regla fundamental de la *libre asociación*. El T. no habla, no expone teorías, preferencias, opiniones...

Avanzado el proceso, el terapeuta puede *activar la comunicación* indicando áreas o niveles de contenido que pueden ser de interés: *Recuerdos de infancia, estados afectivos, sueños, fantasías, imágenes eidéticas, deseos, temores, proyectos y situaciones.*

4.- PRINCIPIO DE CONCRECIÓN: "*Lo concreto se cura con lo concreto*". Lo inconsciente es íntegramente irracional, es entitativamente pulsional, vegetativo, energético: vive de *presencias reales*, de *positividad* efectiva. Ni le afecta, ni actúa ni reacciona ante lo supuesto, hipotético, abstracto e ideal; por eso no capta ni le motiva la *negación*, ni la formulación negativa de las normas morales. En palabras de Freud: "*En lo inconsciente no existe la negación, la duda o el grado de certidumbre*". Lo inconsciente es impermeable a los conceptos y sólo se deja afectar por *presencias*, de ahí que la **evocación concreta** sea mucho más eficaz que la palabra abstracta.

5.- PRINCIPIO DE TERRITORIALIDAD: Afecta a cuatro tipos de realidades espaciales: *Residencia, campos, distancias y posición.*

TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

---

*Residencia:* Es el territorio propio del paciente, que constela un conjunto de fuerzas emocionales, tensiones, impulsos, y significados casi "mágicos" de identificación.

*Campos:* Son los espacios *reales, simbólicos, imaginarios, lógicos, semánticos y afectivos* dotados de significación.

*Distancias:* Configuran *matices de la relación transferencial* con incidencia en las emociones, asociaciones y simbolización.

*Posición:* Tendido en el diván, en posición supina, para contribuir a que bajen las defensas y *se entregue a solas consigo mismo* a enfrentarse con su realidad más propia y secreta.

6.- PRINCIPIO DE NEGATIVIDAD: *"Nada de cuanto es verdaderamente significativo, decisivo y real para la curación es directamente observable o verbalizable, sino que debe ser captado en el **reborde negativo de la palabra**, como límite de expresividad."*

- a) Lo reprimido es lo que menos acceso tiene a la conciencia.
- b) El entramado de la realidad no es perceptible ni comunicable
- c) Nada de cuanto aparece es real; lo real no aparece.
- d) Nada de lo pensable es la verdad total; la verdad total no es pensable.
- e) Nada de lo que es decible es lo que hay que decir.
- f) Sensaciones, ideas y palabras son tergiversaciones de lo real.
- g) Sensaciones, ideas y palabras no afectan a lo inconsciente.

RECURSOS DEL SISTEMA:

- A) Comunicación
- B) Expresión
- C) Interpretación
- D) Comunicación de inconscientes
- E) Registros ejecutivos
- F) Estrategias activadoras.

COMUNICACIÓN

La comunicación transferencial implica la *transformación*, en diverso grado, de la relación inicial, pudiendo apreciarse diferentes *momentos* y *niveles*.

**A) Momentos:**

- a) Diferencia, discrepancia y tensión de estados iniciales.
- b) Comunidad parcial de sistemas referenciales y codales.
- c) Proceso articulado de resolución de tensiones:
  - 1.- Recepción de un mensaje.
  - 2.- Participación en un *estado de ánimo* común.
  - 3.- Participación en una *situación* intersubjetiva.
  - 4.- Participación en una *mentalidad* común.

**B) Niveles:**

- a) Verbo-codal: lengua materna y códigos expresivos.
- b) Conceptual: formalizaciones mentales.
- c) Informativa: *Referentes, intención, sintaxis, código, opinión, proyección y contexto.*

- d) Afectivo: Nivel específico de la transferencia.
- e) Situacional: Dimensión básica del espacio psicoanalítico.
- f) Vivencial: Compartir la *vivencia común* de la sesión.
- g) Pulsional: *Comunicación de inconscientes*, con proyecciones, desplazamientos y simbolización.

La EXPRESIÓN del paciente es el espacio privilegiado para el análisis hermenéutico – analógico, que proponemos en esta tesis conjugando los 8 factores que constituyen la constelación semico-práctica de la PALABRA:

- 1\*Campos de significación
- 2\*Cadenas semánticas
- 3\*Usos sociales
- 4\*Emociones y actitudes
- 5\*Intenciones prácticas
- 6\*Símbolos y mitos
- 7\*Impulsos
- 8\*Sistemas totalizadores y cosmovisionales.

#### EXPRESIÓN CORPORAL

**El cuerpo** es un resonador psíquico dotado de un sistema de *filtros expresivos*: Actitud, color, temperatura, ritmos, digestión, respiración, movimientos, fantasía, voz, palabra, gesto, mirada, tendencias, preferencias *sintomáticas*, exudaciones, secreciones, temblores, excreciones y tono muscular.



**La postura en la sesión** es el dato más *expresivo* del paciente: Postura general del cuerpo, manos, piernas, pies, cabeza, ropa, kinestesis de flexión o de extensión, cambios de posición al tratar temas críticos, sudar o sentir escalofríos.

DESMONTAJE HERMENÉUTICO DEL DISCURSO:

- 1.- Contenido intencional consciente: lo que *quiere* decir.
- 2.- Contenido preintencional consciente: lo que *no quiere* decir.
- 3.- Contenido inconsciente expreso: lo que *tiende a expresar sin quererlo*.
- 4.- Contenido inconsciente implícito: lo indirectamente *connotado*.
- 5.- Contenido inconsciente *reprimido*: lo que inconscientemente *evita*.

INTERPRETACIÓN

Aquí vamos a referirnos a los dos aspectos o momentos interpretativos que contempla esta investigación:

La interpretación primera o interpretación clínica, que se realiza...

**Qué se interpreta:**

- 1.- El discurso del paciente y sus referentes
  - Del organismo: Somatizaciones
  - Del psiquismo: Estados mentales
- 2.- Lo simbólico, Real, Deficitario, Actos fallidos, Fantaseo, Ensueño fantástico, Imágenes eidéticas, Alucinaciones
- 3.- Los sueños
- 4.- El silencio

**Cómo se interpreta**

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

- 1.- El procedimiento *menos cierto* es buscar significados simbólicos basados en la intuición personal y las analogías figurativas del material.
- 2.- La *certeza* solo puede conseguirse por la convergencia de técnicas hermenéuticas y el análisis múltiple de los campos semánticos.
- 3.- El *proceso de decantación* de certezas es necesariamente lento.
- 4.- La actitud mental del analista es la "*atención flotante*" y su modo de proceder la "*libre asociación*".
- 5.- Todo fenómeno significativo que simbolice ha de ser libremente asociado, en primer lugar, con la biografía y los afectos; solo de forma secundaria se puede recurrir a analogías míticas, mágicas, religiosas, artísticas y culturalmente sistemáticas.
- 6.- Combinatoria de los siguientes factores analíticos:
  - a) Estructura de los significantes y de su disposición asociativa.
  - b) Repetición serial de los mismos significantes.
  - c) Ritmos y posiciones semánticas idénticas o cambiantes.
  - d) Asociaciones de las representaciones simbólicas.
  - e) Asociaciones de las mismas con palabras.
  - f) Asociación de estas palabras con recuerdos reales.
  - g) Asociaciones y analogía con mitos, rituales y simbolismo.
  - h) Repercusión afectiva del proceso interpretativo.
  - i) Repercusión en ulteriores sueños o somatizaciones.

**Cuándo se interpreta**

Freud (1913) afirma que se debe "*realizar la interpretación cuando el paciente se encontrara a un paso de llegar a ella*". Winnicott afirma que, antes de realizar una interpretación, el paciente debe de haber adquirido la capacidad de *usar al analista*, lo que implicaría que éste último se halla ubicado fuera de la zona de los fenómenos

subjetivos del primero. El analista debe esperar a que sea el paciente el que cree la interpretación. Melanie Klein interpreta de forma casi permanente las fantasías transferenciales inconscientes del analizado. Lacan "*El objetivo de la interpretación no es tanto el sentido sino la reducción de los significantes al sin -sentido.*" Debe ejercerse siempre en una cierta situación de hecho, en una cierta coyuntura. Cencillo propone interpretar "*en sazón*".

### COMUNICACIÓN DE INCONSCIENTES

La comunicación de inconscientes, en *relaciones sobre determinadas*, es anterior y previa al lenguaje. Originariamente consiste en la *participación empática* de estados afectivos y vivenciales. Puede sistematizarse en las siguientes categorías:

- a) Conocimiento a distancia.
- b) Conocimiento onírico parcial de códigos o lenguas desconocidos por el soñante.
- c) Conocimiento de datos y nombres sólo conocidos por el terapeuta.
- d) Reproducción de situaciones desconocidas para el paciente y muy familiares para el terapeuta.
- e) Intuición o conocimiento de estados afectivos.

### REGISTROS EJECUTIVOS

Constituyen la *puesta en realidad* del proceso, y sirven para configurar una *nueva personalidad*, vivenciarse, activarse y progresar en el propio *estar en sí mismo y en realidad*:

- a) concienciación personal
- b) objetivación intersubjetiva
- c) consolidación fiducial
- d) regresiones recuperativas
- e) asumir la realidad
- f) descongestión
- g) injerto personal
- h) empatía

Los registros ejecutivos, desde la *función apoyativa de la transferencia*, deben cumplir los siguientes objetivos:

- 1.- *Aprobación* afectiva y efectiva de lo que el paciente es o tiene.
- 2.- *Asunción*, por parte del paciente de su cuerpo y de su sexo.
- 3.- *Salto afirmativo* gratuito de la instauración de la propia realidad como un *valor en sí*, no susceptible de comparaciones.
- 4.- *Drenaje* afectivo y fantasmático de los miedos, vinculaciones, sometimientos y agresividades vividos y reprimidos durante la infancia.
- 5.- *Ejecución* de los actos reprimidos o indebidamente tabuizados, de acciones simbólicamente sobrederminadas y puesta en práctica de lo meramente proyectado, bajo la propia responsabilidad del paciente.

#### ESTRATEGIAS ACTIVADORAS

Cuando la comunicación se bloquea pueden utilizarse cuatro estrategias:

- a) Mediante intervenciones *muy breves* reconducir el paciente a su infancia, suministrando *puntos de referencia*.
- b) Crear o evocar *situaciones simbólicas*, evitando las alusiones demasiado directas a lo que el paciente reprime.

c) Ceder aparentemente y hacer como que *se entra en el juego* del paciente, para enfrentarle con las últimas consecuencias de su demanda, que son siempre absurdas.

d) Devolver las partes buenas, palabras optimistas, de ánimo o aprobación, -en todo caso, sinceras- pueden contribuir a una descongestión interna de tensiones y reactivar el proceso.

### LA TRANSFERENCIA

La transferencia es un concepto complejo del psicoanálisis que designa tres aspectos muy relacionados pero diferenciables:

1.- La *función psíquica* mediante la cual un sujeto transfiere inconscientemente y revive, en sus vínculos nuevos, sus antiguos sentimientos, afectos, expectativas o deseos infantiles reprimidos.

2.- Específicamente, la *herramienta fundamental* con la que cuenta el analista (S. Freud, 1915), condición necesaria, para poder conducir el tratamiento.

3.- La *neurosis de transferencia*, descrita por Freud como momento principal del tratamiento, en la que todos los elementos de la neurosis son actuados en presencia del analista.

Freud señala que este fenómeno ocurre de manera completamente espontánea en las relaciones entre seres humanos, pero cobran una relevancia especial en la relación terapéutica, convirtiéndose en su instrumento principal, para el cambio psíquico del analizante.

Freud registró que sólo mediante la experiencia transferencial, en la actualidad del tratamiento, pueden ser vencidas las resistencias psíquicas del analizante, de manera de lograr que aquello reprimido o inconsciente, sea aceptado por el paciente, produciendo un cambio permanente en ese punto y su trama.

En la técnica de tratamiento psicoanalítico la relación entre el psicoanalista y el analizado, por las particularidades del encuadre analítico, la transferencia y el análisis de las formas específicas o efectos en que se presenta, ocupan, entonces, un lugar central para la cura.

#### DEFINICIÓN DE TRANSFERENCIA

(Diccionario de Psicoanálisis. Jean Laplanche & Jean-Bertrand Pontalis)

*Proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad. Casi siempre, lo que los psicoanalistas denominan transferencia, sin otro calificativo, es la transferencia en la cura. La transferencia se reconoce clásicamente como el terreno en el que se desarrolla la problemática de una cura psicoanalítica, caracterizándose ésta por la instauración, modalidades, interpretación y resolución de la transferencia.*

#### TIPOS DE TRANSFERENCIA

**Transferencia positiva**, que son los sentimientos amistosos y afectuosos hacia el analista. Freud señaló una diferencia entre una transferencia positiva débil, aquella que permite el avance del tratamiento; y otra "hiperintensa" o transferencia erotizada, que en los hechos, se comporta como negativa, ya que es sinónimo de resistencia, en cuanto se detienen las asociaciones del analizante.

**Transferencia negativa**, caracterizada por la expresión de sentimientos hostiles y de enojo. Lacan sostuvo que conviene una transferencia negativa suave para el mejor fluir del tratamiento.

#### LA TRANSFERENCIA EN LACAN

En el Seminario 1 "*Los escritos técnicos de Freud*", Lacan plantea la transferencia como fenómeno imaginario, que sería el "motor" en la cura. En esta dimensión el paciente coloca al analista en el lugar de semejante al que dirige una demanda de amor. Dando lugar a decir que el objeto mismo de la transferencia es el objeto de amor.

La demanda de amor hace que el objeto coincida con el objeto de la identificación o que haya una satisfacción directa al objeto al cual se dirige (analista). En tanto que demanda de amor, la transferencia reduce la demanda a la identificación (lazo primordial de amor) y al poder de la sugestión, pero en tanto que esta demanda se articula con el deseo del analista (enigmático) -y no con la contratransferencia- resulta posible atravesar el plano de la identificación con el analista.

De modo que la paradoja de la transferencia, como resistencia y condición de la interpretación, pone de manifiesto su función nodal, que es suplir mediante una identificación el problema de la ligazón del deseo del sujeto con el deseo del Otro. Lo que se desea no es el Otro sino el deseo del Otro.

En la transferencia, es lo afectivo lo que permite colocar a alguien en la posición del *sujeto supuesto saber*, en tanto amar es suponer un saber. Pero no es lo mismo ocupar la posición del amado que la posición del amante. El primero, busca la satisfacción y

quiere que lo amen de forma incondicional, es la demanda que desde una posición pasiva pretende capturar al otro dentro de sí en medio de una relación imaginaria; es lo que denomina Lacan el amor-pasión.

El amante busca en el amado aquello que le falta y supuestamente el otro tiene, ubicándose en la posición de sujeto deseante.

**El sujeto supuesto saber:** Lacan introduce la fórmula del sujeto supuesto saber en los dos primeros seminarios de l'Identification (1961), que siguen a Le Transfert. La figura del sujeto supuesto saber se habría desarrollado como prejuicio filosófico. Lacan utiliza esta fórmula con «ironía» y para desmarcarse de ella: «Es preciso que aprendamos a prescindir de ella en todo momento», «es una suposición indebida». «El significante, a la inversa del signo, no es lo que representa algo para alguien, es lo que representa precisamente al sujeto para otro significante»

La transferencia no es la sombra de algo vivido antes, ni los antiguos engaños del amor; es aislamiento en lo actual de su funcionamiento puro de engaño. No es tanto un amor verdadero como la verdad del amor. El engaño pone la verdad en el lugar del Otro, y «... detrás del amor de transferencia hay una afirmación del lazo del deseo del analista con el deseo del paciente».

Al querer hacerse digno de amor, amable, el sujeto representa al analista en el lugar del Otro como ideal del yo, según un trazo distintivo desde el que el sujeto se posiciona para verse amable.



La maniobra de la transferencia debe regularse de una manera que mantenga la distancia entre el punto en que el sujeto se ve amable y ese otro punto desde el que el sujeto se ve sin verse, causado como falta por (a), que viene a taponar la brecha constitutiva de la división inaugural del sujeto.

De modo que la paradoja de la transferencia, como resistencia y condición de la interpretación, pone de manifiesto su función nodal, que es suplir mediante una identificación el problema de la ligazón del deseo del sujeto con el deseo del Otro.

#### LA TRANSFERENCIA EN CENCILLO

Posiblemente la obra central de la psicoterapia de Cencillo es *Transferencia y sistema de psicoterapia*, y por ser precisamente la transferencia la clave que articula el sistema y constituye su característica diferencial, entendemos que el análisis cualitativo del contenido de las sesiones estaría incompleto sin una especial y amplia referencia a las interacciones terapeuta paciente, de modo que el análisis del contenido debe ser también un análisis de la transferencia.

Por este motivo, preferimos exponer, como una pieza aparte del psicoanálisis de base antropológica, los aspectos básicos de la transferencia, según Cencillo, en el apartado 8, dedicado al “Análisis cualitativo de las interacciones terapeuta-paciente.

Sacha Nacht advierte que el rasgo fundamental del analista debe ser la *bondad*. La conducta del analista ha de ser perfectamente contralada, sobria exigente y hasta "dura" para no corresponde a las demandas del paciente. Pero este ha de advertir una *estima auténtica* de su persona, una *intención sincera* dirigida hacia su bien y una *captación*

*afectiva de su concreción personal unida al aprecio real de la misma. Ha de adiestrarse el analista en una percepción altruista y concreta del otro, que podemos calificar de núcleo dinamizador de la vocación de terapeuta.*

La inducción energética, supone un préstamo de energía que el paciente recibe del terapeuta. La energía proporcionada por el terapeuta supone un injerto de realismo, de visión objetiva de las realidades, de plenitud afectiva equilibrada.

### LOS SUEÑOS

Esta inducción energética se hace especialmente patente en **los sueños**, que son emergencias incontroladas de la memoria, pulsiones y emociones de cada persona, son breves y **fragmentarias composiciones metafóricas** de recuerdos e impresiones actuales, más intenciones secretas, sospechas y *presagios*.

Y en cambio, no son “mensajes” –como suele decirse– es abusivo, pues **no los emite nadie y carecen de intención**. Son, como las ecografías o las resonancias magnéticas, reflejo espontáneo de estado de energías, de afectos, de impulsos y de tendencias secretas de la vida inconsciente de cada sujeto, como depósito de experiencias –no necesariamente traumáticas– que logra a veces expresarse metafóricamente a través de huellas mnémicas de representaciones concretas de lo experimentado en la vigilia.

Los sueños presentan las siguientes propiedades:

1. Presentan, contenidos *p a r a d ó j i c o s*, que a la vez *confirman, contradicen, reproducen y hacen variar decisiones, sospechas, opciones, ideas y sentimientos de la vigilia* (parecen *muy fantásticos pero nos transmiten la verdad de lo que nos pasa*).

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

2. Producen *cambios de ánimo o oscilaciones subjetivas*: miedo, esperanza, alegría, sensación de poder, parálisis...
3. No pocas veces son recurrentes : insisten e insisten durante años -o periódicamente- avisando lo mismo, o presentando análogas imágenes o situaciones *de estructura llamativamente semejante*.
4. A veces contrastan vivamente con lo vivido y trasmudan todo (o lo principal) en su contrario: una persona o situación queridas y amables aparecen como rechazables y terribles.
5. A veces se imponen y persiguen y no se olvidan, pero otras veces se escapan y escurren.
6. Se refieren siempre a asuntos reales, pero en metáfora. Podríamos aventurarnos a decir que *no hay sueño ocioso*.
7. *Replantean con nitidez problemas olvidados o vistos de modo poco claro*. Ello prueba que no son meros “*restos*” de la vigilia.

Para comprender la variedad de los sueños podemos clasificarlos en los siguientes tipos:

A) Recurrentes/Esporádicos, o Singulares/Masivos; B) Numinosos/Cotidianos; C) Simbólicos/Prosaicos; D) Familiares/Extraños (exóticos legendarios...) E) Axiales/Objetales; F) Dinámicos/Estáticos; G) Situacionales/relacionales, H) Neutrales/Emocionales; I) Instantáneos/ Procesuales; J) Sintácticos – Atácticos. K) Precisos o perfilados – Vagos, difusos o amorfos.

Las **funciones de los sueños**, según Freud: “Cumplimiento de deseos” y “emergencia de lo reprimido” Según Cencillo, los sueños tienen 15 funciones, de las cuales 5 son funciones generales:

- 1.- F. Monitoria: avisar de algo que está pasando y puede solucionarse.

- 2.- Premonitoria: presentan algo que va a suceder.
- 3.- Comentativa de lo que sucede, las decisiones que se han tomado, las relaciones que se mantienen, la situación y cómo se vive la terapia
- 4.- Compensatoria de las angosturas en cuanto a comprenderse.
- 5.- Drenativa de impulsos y compensación de traumas.

Y también tienen los sueños 10 funciones específicas:

1. **Recaltar** impresiones sin limitación de tiempo: presente, pasado e incluso futuro.
2. **Comentar los episodios de la terapia.**
3. **Mostrar** la cara *inmanifiesta* de lo afecta al soñante ;
4. **Reflejar** el estado básico de energías y pulsiones;
5. **Denotar** carencias, riesgos, deterioros, alteraciones, cambios y conflictos (o raíces de los mismos);
6. **Suministrar** imágenes sobredeterminadas;
7. **Describir** las estructuras de alguna situación;
8. **Identificar y calificar** metafóricamente al soñante y sus componentes;
9. **Orientar** en la perplejidad;
10. **Anticipar** situaciones o lo que puede llegar a acontecer.

“Nuestro estar-en-el-mundo es dinámica de anticipación y proyecto”. Se vive más el futuro que el presente y vivir demasiado el pasado es anómalo. Amputar el horizonte de futuro es una forma de depresión. *Y esto se explica, porque hay un último estrato de VICS, que Freud no vio, el Inconsicente Radical, que es energía psíquica en estado puro y percibe directamente la realidad en sí sin mediaciones orgánicas, y por ello se halla en parte fuera del tiempo y del espacio.*

Según Boss (1953): “*Los sueños pueden reflejar todas las situaciones y relaciones de la vigilia*”. Según Cencillo (2000): “Los sueños transmiten lo imposible de conocer en la

vigilia, como el futuro, el sentido total de “mi” existencia, o las intenciones ajenas. Se trata de un material expresivo por naturaleza, dinámico: **tendencial, desiderativo, y anticipador.**

Durante la terapia, la hermenéutica del sueño suministra información de primer orden y de *primera mano, no directamente* asequible ni siquiera por confidencias muy sinceras del paciente. Su proceso generador es el de una amalgama *afectivo-icónica* de deseos, descompensaciones, conflictos o percepción inconsciente de situaciones e intenciones ajenas. Se filtra por redes *sémicas (simbólicas o de “material diurno”)* y acaba recibiendo una expresión *semiótica*.

Finalmente, podemos resumir el conjunto de su sistema de pensamiento desde la constatación de que Cencillo supera el esquema clásico de la epistemología: Sujeto cognoscente – Objeto conocido (Mente- Cosa), puesto que por una parte, la “mente” se abisma en las profundidades de lo inconsciente; y por la otra, la “cosa”, aquello que se presenta como objeto de estudio no puede confundirse con la “materia” –que también se pierde en las partículas elementales. Luego la mente y la materia no se prestan a la inmediatez del conocimiento, sino que constituyen las zonas más distales. Tampoco podemos cometer la ingenuidad de hacer coincidir lo físico, lo sensorial, lo material y lo cuantificable con lo REAL, puesto que existen realidades culturales, no materiales pero efectivas, como lo inconsciente.

Si la mente y la cosa son las zonas distales del conocimiento ¿qué hay en el medio? Podemos recurrir a la metáfora de un edificio de viviendas que tiene siete portales en la calle de las “Zonas objetivas de realidad” que son: 1.- Vivencias 2.- Acción 3.- Trama

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

de relaciones 4.- Praxis 5.- Prelación de fases 6.- Cosa (instrumental) 7.- Paisaje (límite). El edificio tiene 5 alturas o Niveles de realidad: 1.- Energético 2.- Procesual 3.- Axial- (valores) 4.- Estructural (tensional) 5.-Sistemas paradigmáticos (Lenguaje, mitos, magia, sistemas jurídicos, económicos, técnicos). Y en cada portal, en todos los niveles hay siete tipos de viviendas, que son las Coordenadas filosóficas del sistema: 1.- Gradualidad: Intensidad, valor, eficacia, belleza 2.- Referibilidad: Toda experiencia es referible 3.- Ambigüedad: Ambivalencia de valor 4.- Pragmaticidad: Nada existe inútilmente 5.-Heterogeneidad: Lo humano es simultáneamente heterogéneo 6.- Formalización: Los elementos culturales evolucionan transformándose dialécticamente. 7.- Gravitación ausente de la totalidad: Límite de la comprensión humana. Responsabilidad de “estar en la realidad” diacrónicamente.

Siguiendo con la metáfora, si multiplicamos el número de portales (7) por las plantas (5) y el número de viviendas de cada portal (7) obtenemos 245 espacios de comprensión entre la mente y la cosa.

Con este sencillo ejemplo podemos ver cómo la epistemología enriquece la base antropológica de esta reformulación del psicoanálisis del s. XXI.

Hasta aquí hemos resumido algunos aspectos de los fundamentos y la teoría psicoanalítica, que podría responder a la pregunta: *¿Qué es el tratamiento psicoanalítico?* También hemos reseñado los aspectos básicos del método de Freud, sus características diferenciales y una noción de técnica psicoanalítica que respondería de forma elemental a: *¿Cómo se psicoanaliza?* Podemos avanzar en nuestro planteamiento

arriesgando, al proponer un determinado modelo o esquema de salud mental, intentar responder claramente a la pregunta *¿Para qué sirve psicoanalizarse?*

Al intentar dar respuesta a esta última pregunta, debemos referirnos al conjunto de datos objetivos, referidos a la personalidad del paciente, que son deseables al final del análisis, y que en conjunto constituyen un repertorio de *indicativos de alta terapéutica*.

Aunque la salud psicológica de una persona puede entenderse como una característica unitaria, que irradia en todas direcciones, como una sensación de plenitud y bienestar, de paz y serenidad, que es la resultante de la canalización adecuada de la energía en la realidad, también puede entenderse la salud psicológica como un complejo entramado, en el que participan cuatro niveles de realidad o más precisamente, cuatro campos de significación diferentes: emocional, práctico, corporal y existencial; y en cada uno de estos campos, pueden precisarse las cadenas semánticas que van a perfilar con precisión una idea bastante elaborada de salud, que es el resumen de las aportaciones de los autores más importantes del psicoanálisis durante el último siglo.

Esta segunda forma, más compleja y precisa de entender la salud psicológica no es incompatible con la idea unitaria de salud, entendida como un todo y es precisamente la que exponemos con más detalle en el apartado 5, pero antes, es necesario recapitular las diferentes aportaciones de los autores más importantes de la historia del psicoanálisis, para tratar de comprender cómo ha evolucionado la idea de salud y cómo los índices de salud que se evalúan en el cuestionario iSMOS, son la resultante de esta evolución histórica.

## 6. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS INTERACCIONES TERAPEUTA-PACIENTE

En este apartado nos proponemos dejar constancia de la noción de análisis cualitativo, en relación a las sesiones de psicoterapia psicoanalítica, sus características diferenciales y las posibles ventajas respecto a otras formas de análisis de contenidos, haciendo una especial referencia a las interacciones del terapeuta y el paciente.

No es el objeto de esta tesis hacer un análisis detallado de la intervención del terapeuta, ni tratar de inferir si un determinado estilo terapéutico puede ser más o menos eficaz que otro, pero sí consideramos de utilidad transcribir el sistema de codificación de las intervenciones del terapeuta, con algún ejemplo práctico, porque puede ser de una gran utilidad didáctica.

Abordar las interacciones terapeuta-paciente nos lleva inevitablemente a considerar ese tipo de relación especialmente sobredeterminada que es la transferencia, refiriéndonos también a sus características comunicacionales, contenidos transferidos y efectos transferenciales, que van a permitirnos comprender en su contexto los índices dinámicos de salud y sus elementos básicos: *representación gráfica, valoración de cadenas semánticas, campos de significación, sesión como unidad hermenéutica, superposición de campos, serie dominante y línea de tendencia.*

La noción de análisis cualitativo (Q) requiere una primera aclaración, como término aparentemente opuesto al análisis cuantitativo (C) porque, aunque un gran número de autores se muestran partidarios de utilizar metodologías (Q) en sus investigaciones



sobre Ciencias Humanas, existe cierta ambigüedad por falta de delimitación y polisemia de los términos C y Q y esta será la primera cuestión que abordamos.

### **6.1 Identidad relativa y diferencias de las metodologías C y Q.**

Algunos autores, por ejemplo Smith (1983) utilizan el término cuantitativo (C) para referirse a las características propias del positivismo: búsqueda de la explicación causal, objetividad, unidad de las ciencias en cuanto a método, etc...

En otras ocasiones, autores como Miles y Huberman (1984) Turner (1981) Yin (1987) utilizan el mismo término de metodología cuantitativa (C) para hacer referencia al uso de entrevistas o cuestionarios estandarizados, mientras que otros como Commons y Nevin (1981) lo utilizan para indicar la utilización de la Estadística en el análisis de datos.

El termino cualitativo (Q) es utilizado por autores como Smith (1987) para describir las características propias de la metodología; Inducción, búsqueda de la comprensión, diferencia del método de las CC Humanas respecto a las Naturales, etc...

Otros, como Weber (1985) limitan la metodología (Q) al estudio de casos, o a la aplicación de modelos no lineales, como Aracil (1983).

Estas disparidades producen desacuerdos porque no existe un criterio previo de idoneidad sobre la utilización de los términos, aunque sí ha habido diferentes intentos de sistematización, como por ejemplo, la aportación de Halfpenny (1979) señalando que C y Q presentan diferentes significados según sea la escuela epistemológica a la que pertenezca el autor: Así, para los seguidores de la escuela positivista, cuantitativo (C) es

equivalente a formalizable dentro de leyes o teorías, mientras que (Q) se reserva a los fenómenos que no pueden expresarse de manera formal.

Para la escuela interpretativa solo debe utilizarse la metodología cualitativa (Q) para describir fenómenos regulados por normas sociales, y proponen calificar como cuantitativos los fenómenos del mundo físico o conductas reflejas, no regulados por normas sociales.

Los estructuralistas prefieren utilizar el término cuantitativo (C) para denotar la estructura profunda existente en la realidad, mientras que se refieren a lo cualitativo (Q) para distinguir los fenómenos meramente resultantes de la experiencia y no ligados a estructuras teóricas.

Para los metodólogos de la etnología, C es siempre dependiente del contexto mientras que Q se refiere a los datos no dependientes del contexto.

Este posicionamiento de considerar la escuela epistemológica como referente, presenta la limitación de que la mayoría de los autores no explicitan su punto de vista y perspectiva epistemológica, y tampoco se ciñen a los postulados de su escuela cuando lo hacen, por ejemplo Spindler y Spindler (1983) son etnometodólogos que delimitan C y Q con características diferentes y se refieren más que a los datos a diferentes tipos de análisis e incluso diferentes paradigmas de investigación.

Reichardt y Cook (1986) distinguen entre los niveles paradigmático y metodológico.

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

El nivel paradigmático diferencia C y Q mediante criterios epistemológicos: El “paradigma cuantitativo” presentaría las características propias del positivismo y el “paradigma cualitativo las de la fenomenología.

Por el contrario el nivel metodológico hace referencia a tipos de técnicas y procedimientos específicos. Así, cuantitativo C se refiere al uso de diseños experimentales y cuestionarios objetivos, mientras que cualitativo Q, hace referencia a técnicas no intrusivas como la observación participante o el estudio de casos.

Resumimos en dos tablas los principales atributos de los paradigmas y métodos cualitativo y cuantitativo. (Tomado de Reichardt y Cook, 1986 y modificado por Ortiz y Sedano)

Tabla 3 Atributos de los paradigmas cualitativo y cuantitativo, Q y C

<b>PARADIGMA CUALITATIVO (PQ)</b>	<b>PARADIGMA CUANTITATIVO (PC)</b>
Observación naturalista, sin control	Medición detallada y controlada
Basado en los datos	Al margen de los datos
Fundamentado en la realidad	Fundamentado en constructos teóricos
Orientado al descubrimiento	Orientado a la comprobación
Exploratorio	Confirmatorio
Descriptivo e inductivo	Hipotético Deductivo
Orientado al proceso	Orientado al resultado
Válido: Datos reales, ricos y profundos	Fiable: Datos sólidos y verificables
No generalizable	Generalizable
Fenomenología	Positivismo lógico
Métodos cualitativos	Métodos cuantitativos
Estudio de casos aislados	Casos múltiples
Holístico	Particularista
Asume una realidad dinámica	Asume una realidad estable

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

También podemos apreciar las diferencias entre los atributos de los métodos cualitativo y cuantitativo (id.)

Tabla 4 Atributos de los métodos cualitativo y cuantitativo

<b>MÉTODO CUALITATIVO (MQ)</b>	<b>MÉTODO CUANTITATIVO (MC)</b>
Estudio de casos	Experimentos
Observación participante	Observación no participante
Entrevistas y encuestas abiertas	Entrevistas y encuestas estandarizadas
Etnografía	Psicoecología

### **6.2 El análisis cualitativo en psicoterapia y las representaciones gráficas.**

Podemos plantear el análisis cualitativo de los contenidos de las sesiones de psicoterapia psicoanalítica, separando en primer lugar el texto correspondiente al terapeuta, que requiere un tipo de codificación diferenciado, del texto del paciente, en el que inicialmente podría estructurarse:

Resúmenes de la información de la sesión: Diferenciación de campos de significación, análisis y valoración de cadenas semánticas.

Estudio de las covariaciones

Evolución de control de variables

La primera operación de resumir consiste en construir o seleccionar técnicas numéricas y gráficas que permitan seleccionar la información recogida (Miles y Huberman, 1984) y el primer dato numérico de este resumen es el recuento del número total de palabras de la sesión:

Nº de palabras del paciente

Nº de palabras del terapeuta

Gráfica del % del paciente y % del terapeuta.

Es preciso tener en cuenta que el tipo de encuadre predominante es el encuadre flexible, se aplica el tiempo lógico, por lo que las sesiones tienen distinta duración y también distinta intensidad. Por ejemplo, en algunas ocasiones se ha utilizado como estrategia, ceder a las resistencias que se manifiestan en el deseo de abandonar la sesión antes de tiempo, por parte del paciente, para contribuir a reforzar el vínculo transferencial y sirviendo la flexibilidad, la tolerancia y la libertad como elementos diferenciales en un contexto de vida comunitaria marcada por la exigencia y la inflexibilidad en los límites.

La segunda operación básica en la recopilación de los resúmenes del material de las sesiones es la delimitación de los campos de significación. En este caso, hemos elegido los cuatro campos básicos, que coinciden con los índices del íSMOS, para analizar el conjunto del contenido de cada sesión en relación con los índices de salud y una aportación novedosa puede ser colorear el texto del paciente según estos cuatro índices o campos de significación con el siguiente código:

Azul: Emocional

Amarillo: Práctico

Rojo: Cenestésico

Verde: Existencial

La tercera operación inicial consiste en numerar y valorar las cadenas semánticas correspondientes a cada campo de significación, entendiendo por *cadenas semánticas*

las series de dos o más palabras que adquieren un significado especial en el relato del paciente.

Veremos en § 9.2 que para Cencillo la esencia del lenguaje consiste en la trama potencial de cadenas semánticas porque precisamente, SIGNIFICAR es elaborar cadenas semánticas en contextos y meta-contextos sistémicos, en relación directa con un todo potencial que gravita como ausencia: el relato dentro de la sesión con el todo ausente de la biografía del paciente en tensión dialéctica.

Consideramos que las cadenas semánticas tienen en sí un valor de comprensión de los paisajes mentales del paciente, y que podemos ir más allá de las descripciones, aplicando el artificio de valorar cada cadena, de cada una de las secuencias correspondientes a cada campo de significación, con las calificaciones +1 (positivo) +2 (muy positivo) -1 (negativo) -2 (muy negativo) en relación con los criterios de salud mental, reservando el (0) para asignarlo excepcionalmente a las cadenas semánticas neutras. Entendemos aquí por *positivo* cualquier referente en relación con la vida, la salud, el bienestar, la alegría, los sentimientos y sensaciones positivas; y *negativo* los referentes relacionados con la muerte, la enfermedad, el malestar, la tristeza, los sentimientos y sensaciones negativas.

El propósito de la valoración de las cadenas semánticas y el análisis de su secuenciación temporal pueden facilitar la interpretación de la evolución del paciente en el proceso.

Ahondando en la significación del relato del paciente, podemos adentrarnos en los cinco órdenes de realidad (§ 9.1) que interactúan en la construcción de la significación,

aunque deteniéndonos especialmente en los dos primeros, y relegando los siguientes para ulteriores estudios:

1: Referentes reales: Personas, cosas, hechos, procesos.

2: Referentes objetivos: Paradigmas, sistemas, cadenas semánticas.

Por ejemplo, realizar un recuento de las personas que aparecen como referente real en cada sesión, aun sin ser descrito con la precisión de un episodio de relación, así como de cosas, hechos y procesos significativos para el paciente, pueden ser descriptores simbólicos de su mundo interno.

Lo mismo sucede con los paradigmas, sistemas y cadenas semánticas, que convenientemente ordenados, de forma numérica, gráfica y secuencial, tendrán un formato adecuado para estudiar diferentes pasividades de covariación entre las variables. Esto puede realizarse desde diferentes dimensiones, siendo las más relevantes, según Moreno\* (1987):

Existencia

Orden

Magnitud de la covariación.

\*Moreno, R. 1987 *“Hacia una superación de los paradigmas cualitativo y cuantitativo.”* Comunicación presentada al II Congreso de Evaluación Psicológica. Madrid.

TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

---

Una vez obtenida la sábana de datos de la unidad hermenéutica correspondiente a la secuenciación de las sesiones del paciente, se formulan diferentes hipótesis, que puedan facilitar la interpretación del proceso.

La segunda dimensión, el orden, estudia el sentido que presenta la covariación entre  $x$  e  $y$ . Esto implica realizar la comparación de los valores mediante el criterio *mayor* ( $>$ ) *igual* ( $=$ ) *menor* ( $<$ ) aplicando estos operadores lógicos a las secuencias de las sesiones para comprobar la evolución.

La tercera dimensión de la covariación nos permite obtener un índice de la relación que nos informa del grado de diferencia existente entre dos valores cualquiera de una variable  $y$ . Mientras mayor sea la diferencia, mayor se considera la covariación.

El conjunto de datos estadísticos que van surgiendo a medida que avanza el análisis cualitativo de contenido de las sesiones, debe entenderse en sentido metafórico. No olvidemos que la epistemología psicoanalítica que nos guía es la hermenéutica analógica, que partiendo de la comprensión de los datos, y a través de un laborioso proceso de interpretación, puede llevarnos a formular diferentes hipótesis explicativas provisionales, pero no arbitrarias, sino jerarquizadas, sobre las condiciones y circunstancias en las que se ha producido el cambio terapéutico, a lo largo del proceso y esta es la finalidad del estudio de la covariación. Martínez Arias, MR. *“El análisis de los datos de diseño con sujeto único”* J. Mayor y Labrador (Comps.) Madrid, Alhambra.



### **6.3 Presentación gráfica de resultados cualitativos.**

La escala utilizada para presentar los datos o la inclusión de distintas variables dependientes en una misma representación gráfica pueden afectar a la inferencia de los resultados. (Paterson y Baer, 1978). En este sentido, es conveniente tener en cuenta, como características de las gráficas, A) el grado de efecto, B) la varianza existente en los datos y C) la dependencia serial (DS) o auto-correlación existente en las puntuaciones.

#### **El grado de efecto**

En cuanto al grado de efecto, pueden considerarse como parámetros el grado y el tipo de cambio. El grado se refiere a la evolución de la media en las distintas fases del gráfico y el tipo puede ser de nivel ( $\alpha$ ) o de tendencia ( $\beta$ ).

El cambio de nivel presenta tres posibilidades:

- 1 $\alpha$ .- Sin cambio de nivel
- 2 $\alpha$ .- Cambio de nivel estable
- 3 $\alpha$ .- Cambio de nivel transitorio

La tendencia, se define como: “*la curva evolutiva que siguen los datos en la serie temporal*” (Martinez Arias, 1984), en la que se dan tres posibilidades:

- 1 $\beta$ .- Sin tendencia
- 2 $\beta$ .- Tendencia igual
- 3 $\beta$ .- Cambio de tendencia

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

Combinando los criterios de cambio de nivel y de tendencia se obtienen los *grados de efecto*:

Tabla 5 Grado de efecto, nivel y tendencia

<b>1</b>	<b>1<math>\alpha</math></b>	<b>1<math>\beta</math></b>	<b>Sin cambio de nivel</b>	<b>Sin tendencia</b>
<b>2</b>	1 $\alpha$	2 $\beta$	Sin cambio de nivel	Tendencia igual
<b>3</b>	1 $\alpha$	3 $\beta$	Sin cambio de nivel	Cambio de tendencia
<b>4</b>	2 $\alpha$	1 $\beta$	Cambio de nivel estable	Sin tendencia
<b>5</b>	2 $\alpha$	2 $\beta$	Cambio de nivel estable	Tendencia igual
<b>6</b>	2 $\alpha$	3 $\beta$	Cambio de nivel estable	Cambio de tendencia
<b>7</b>	3 $\alpha$	1 $\beta$	Cambio de nivel transitorio	Sin tendencia
<b>8</b>	3 $\alpha$	2 $\beta$	Cambio de nivel transitorio	Tendencia igual
<b>9</b>	3 $\alpha$	3 $\beta$	Cambio de nivel transitorio	Cambio de tendencia

Existe acuerdo al considerar que el *grado de efecto* es una variable relevante, que correlaciona con la varianza y la dependencia serial. (Jones, RR. Weinrott, M y Vaught RS (1978).

**a) La varianza**

El grado de variabilidad existente dentro de cada fase, se considera como un índice del grado de control que se ha conseguido en el estudio. En este sentido, se indican tres posibilidades:

Varianza al principio, que desaparece pronto. Ej.- Efectos reactivos a la observación, que desaparecen con la habituación

Varianza constante y sin tendencia a desaparecer. Ej.- Déficit de control que cuestiona la validez de las conclusiones.

Varianza después de un tiempo de estabilidad. Ej.- Introducción de un factor exógeno, que debe eliminarse.

**b) La dependencia serial (DS)**

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

La dependencia serial es la característica más relevante de las gráficas. (Jones, RR. Weinrott, M y Vaught RS (1978). Se refiere a la posibilidad de que las puntuaciones de una serie temporal estén correlacionadas con las puntuaciones que le preceden en el tiempo. Ej.- Si un sujeto bebe alcohol hoy, puede estar determinado por la cantidad ingerida en días anteriores.

**6.4 Sistema de codificación de las intervenciones del terapeuta. Ejemplos.**

Parece lógico clasificar también las intervenciones del terapeuta, aunque en este caso no presentamos ninguna innovación y nos remitimos a (Mitjavila, 2002) con el siguiente esquema:

Tabla 6 Funcionalidad Técnica de las intervenciones del terapeuta

Tabla 7 Análisis de contenido

Tabla 8 Ejemplo: Análisis de contenido de la primera sesión.

Tabla 6 Funcionalidad Técnica de las intervenciones del terapeuta

---

I.	Funcionalidad Técnica	
<i>I.1</i>	<i>Encuadre, Reglas de trabajo, Roles de los participantes</i>	
<b>E1</b>	Enunciación de elementos de encuadre, reglas, roles	
<b>E2</b>	Peticiones de adhesión, instar al cumplimiento, atenerse al encuadre, las reglas, los roles...	
<b>E3</b>	Enunciación de fines u objetivos del tratamiento	
<i>I.2</i>	<i>Producción de material</i>	
<b>M1</b>	Petición de nueva información	
<b>M2</b>	Fomento de la autoexploración	
<b>M3</b>	Respuesta en espejo	<i>(Reflejo del T.)</i>
<i>I.3</i>	<i>Clarificación</i>	
<b>CL1</b>	Petición de ampliar o aclarar contenidos	<i>(Enunciados recientemente)</i>
<b>CL2</b>	Pedir confirmación de la información recibida, mero parafraseo, repetición	<i>(No en espejo, con el fin de obtener confirmación)</i>
<b>CL4</b>	Recapitular, resumir los contenidos	
<i>I.4</i>	<i>Confrontación</i>	



**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

Tabla 7 Análisis de contenido

<b>II.</b>	Análisis de Contenido	
<i>II.1</i>	<i>Contenidos Formales y Culturales</i>	
<b>F1</b>	Saludos y despedidas	
<b>F2</b>	Tacos, muletillas	
<b>F3</b>	Expresiones de perdón, disculpa, no saber, preguntarse, preocupación	
<i>II.2</i>	<i>Enlaces y facilitadores comunicacionales</i>	
<b>CC1</b>	Mm, hm; siga; si; ya;	
<b>CC2</b>	Expresiones empáticas más complejas; confirmación empática; respuestas de atención; conformidad; nombrar al P.	
<i>II.3</i>	<i>Silencio</i>	
<b>S1</b>	Silencio breve	(Más de 30" y -180")
<b>S2</b>	Silencio largo	(Más de 180"...)
<i>II.4</i>	<i>Mención a figuras relacionales o énfasis relacional</i>	
<b>R1</b>	Figuras parentales	(padre, madre, abuelos, suegros...)
<b>R2</b>	Parejas	
<b>R3</b>	Hermanos/as	
<b>R4</b>	Hijos/as, nietos	
<b>R5</b>	Pares	
<i>II.5</i>	<i>Contenido contratransferencial</i>	
<b>CT1</b>	Respuesta emocional positiva del T. expresada genéricamente	(Interés)
<b>CT2</b>	Respuesta emocional negativa del T. expresada genéricamente	
<b>C T 3</b>	Alianza racional con el P.	(mostrada, punto de vista común)
<b>C T 4</b>	Implicación emocional del T. en la relación con el P.	
<b>C T 5</b>	Opinión o relato del T. desde Sí mismo	(experiencia propia, compartida)

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

<b>CT 6</b>	Otras actuaciones del T.	(acting-out)
<i>II.6</i>	<i>Contenido Transferencial</i>	
<b>T1</b>	Enunciación o lectura de fenómenos transferenciales	(no como interpretación)
<i>II.7</i>	<i>Contenido de Conflictos</i>	
<b>CF 1</b>	Envidia, competitividad	(diádica)
<b>CF 2</b>	Apego, abandono	(Carencias de cuidados básicos)
<b>CF 3</b>	Exclusión, rivalidad	(edípicos)
<b>CF 4</b>	Dependencia, separación	(de Figuras parentales, parejas)
<b>CF 5</b>	Exigido, exigente	(Dudas sobre capacidades propias)
<b>CF 6</b>	A g r e s i ó n, c u l p a	
<b>CF 7</b>	Pérdidas, duelos no resueltos	
<b>CF 8</b>	Ansiedad de muerte, castración	(Narcisismo)

Tabla 8 Ejemplo: Análisis de contenido de la primera sesión.

<b>Terapeuta: 424 palabras. (10%)</b>		
<b>R4</b>	E. Relacional	¿Qué edad tiene tu hijo?
<b>CL1</b>	Clarificación	¿Tú crees que es este tu principal problema? ¿Tienes mucho genio? ¿Responder mal?
<b>CL4</b>	Recapitular	Entonces una de las cosas que te propones es controlar un poco más ese genio.
<b>E3</b>	Objetivos	Pues esa es una de las cosas que tendremos que trabajar.
<b>M1</b>	Nueva información	¿Recuerdas algún sueño que hayas tenido?
<b>M1</b>	Nueva información	¿Cuál es tu principal deseo?
<b>CC2</b>	Conformidad	Parece muy razonable lo que dices.
<b>M1</b>	Nueva información	Y, ¿cuál es tu principal problema?
<b>CL2</b>	Confirmación	¿Tú crees que has sufrido mucho?
<b>I2</b>	Interpretación	Por culpa de la droga, también.
<b>C4</b>	Confrontación	¿No crees que tengas derecho a tener una oportunidad?
<b>C4</b>	Confrontación	¿Por qué dices que no te la mereces? ¿Por qué has fallado otras veces?
<b>N1</b>	Tranquilizar	Bueno, pues si eso sucede, como antes hablarás conmigo, trataremos de ver qué es lo que se puede hacer.

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

<b>D2</b>	Directivo persuasivo No relacional.	Es decir, que en ese sentido, sabes que cuentas con todo mi apoyo y toda mi ayuda. Y yo pienso que sí, que realmente te mereces otra oportunidad. Entre otras cosas porque has sufrido mucho, y también te han hecho sufrir mucho.
<b>N1</b>	Tranquilizar	Bueno, hay que procurar que eso no pase.
<b>N1</b>	Tranquilizar	Eso es lo que vamos a tratar de hacer. Intentarlo con todas nuestras fuerzas, con la mejor intención, con ilusión y con esperanza pensando que, ciertamente, esta puede ser tu oportunidad. Estas viviendo una oportunidad de que las cosas cambien profundamente.
<b>CL2</b>	Confirmación	Y tienes a tu hijo que te necesita.
<b>I2</b>	Interpretación	Pues entonces, según lo dices, yo creo que tienes muchos factores a favor.
<b>D2</b>	Directivo persuasivo No relacional.	Vamos a pensar que sí. Imagina que se pasa el tiempo, las cosas van poco a poco, pero las cosas van cada vez mejor, y que finalmente pues, consigues tus objetivos. Que son recuperar tu salud y tu libertad y empezar una nueva vida.
<b>M1</b>	Nueva información	¿Qué te gustaría hacer entonces? Algo me has dicho antes.
<b>N1</b>	Tranquilizar	Pero estás a tiempo.
<b>CL2</b>	Confirmación	Me decías que, aunque estás aquí, todavía hay veces que sientes el deseo irrefrenable de consumir.
<b>CL2</b>	Confirmación	Y que eso se produce porque tienes mucha ansiedad.
<b>M1</b>	Nueva información	Y, ¿qué crees tú que produce esa ansiedad?
<b>M1</b>	Nueva información	¿Cuál es tu primer recuerdo de cuando eras niña? Lo primero de todo que te acuerdes, o los primeros.
<b>M1</b>	Nueva información	¿Cuántos años tenías tú?
<b>M1</b>	Nueva información	¿Qué más cosas recuerdas de esa época?
<b>M1</b>	Nueva información	Pues, y ¿porqué te dijo eso?
<b>CL2</b>	Confirmación	Uhm... Y tú no le habías dicho nada, claro.
<b>M1</b>	Nueva información	Bueno, y ¿cómo te sientes ahora?
<b>CT1</b>	Interés	Después de haber hablado en esta sesión, ¿no te sientes un poco mejor?
<b>CL2</b>	Confirmación	Normal.
<b>CL2</b>	Confirmación	Pues ¿sabes cuándo hay que empezar a trabajar sobre todo eso? Hoy.
<b>M1</b>	Nueva información	Y, ¿qué es lo que esperas conseguir con el psicoanálisis?
<b>CT1</b>	Interés	Muy bien, pues yo procuraré ayudarte.
<b>F1</b>	Despedida	Pues esto es todo, por hoy.

---

### **6.5 Interacción y transferencia: Contenidos transferidos y efectos transferenciales.**

El hecho que define la especial interacción entre el paciente y el terapeuta se denomina “*transferencia*” y se basa en la falsa conexión que el paciente establece entre las figuras significativas de su pasado y el terapeuta, que sirve para actualizar los contenidos emocionales asociados a estas figuras. Es una relación *especialmente sobredeterminada*, en la que el sujeto se ve en la obligación de bajar sus defensas y manifestarse radicalmente, tal cual él se siente ser, comienza a proyectar una serie de elementos inconscientes arcaicos, que constituyen el trasfondo emocional no resuelto, que inhibía o perturbaba la dinámica de sus energías básicas, de sus relaciones con el mundo y de la aceptación de sí mismo. Sin transferencia, la terapia psicoanalítica resultaría imposible.

Las tensiones transferenciales dotan a la palabra de la *fuerza significativa*, para los niveles profundos del psiquismo. La constante que hace posible la transferencia es la proclividad que presentan las tendencias libidinales de todo sujeto -con necesidades de cariño no satisfechas- a *despertar* inevitablemente, al entrar en comunicación con un nuevo “objeto”, el analista.

La identificación transferencial con el analista cumple una doble función:

- a) Sustitutivo del objeto libidinal primario.
- b) Instancia super\_yoica tolerante.

El analista ha de *frustrar* al paciente en sus demandas reales, obligándole así a *regredir progresivamente*.



TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

---

El analista, ha de focalizar una serie de fantasmas, primero, y de libido liberada después, para desempeñar la función de *punte* o de recurso de canalización entre el inconsciente del paciente y el “principio de realidad” con todos sus objetos posibles, que se hacen así accesibles a la libido y a los impulsos del paciente, superado el miedo infantil ante aquellos *al no haber sido filtrados por una atmósfera de cariño parental*.

En la transferencia se observan los siguientes componentes dinámicos:

- a) **Desplazamiento proyectivo** (hacia el terapeuta): Es una consecuencia de la *confianza básica*. El analista comienza a ser percibido de forma *irreal y distorsionada*, porque atrae hacia sí imágenes o fantasmas arcaicos que mediatizaban la actividad inconsciente.
- b) **Regresión** (frustración impuesta por la “distancia simbólica”): Al analista se le atribuyen poderes, omnipotencia, intenciones posesivas o agresivas, afectos o desafectos, y se vivencia como una figura protectora y segura o negadora y persecutoria.
- c) **Tolerancia super\_yoica** La tolerancia super\_yoica permite el *drenaje* de los elementos posesivos, persecutorios y mágicos que acosaban al paciente.
- d) **Apoyatura translaborativa** Es el tipo más leve de rememoración transferencial, constelando en torno al analista situaciones afectivas de la primera infancia.
- e) **Canalización hacia la realidad** Caer en la cuenta (*insigth*) de los elementos perturbadores nunca concienciados, asumiendo y organizando el mapa dinámico de su vida inconsciente, integrada en la realidad.
- f) **Abreacción\*** pulsional y energética, estimulada por el apoyo transferencial.

(Según el diccionario de psicoanálisis Laplanche-Pontalis, “Abreacción” *es la aparición en el campo de la conciencia de un afecto hasta entonces reprimido. Algunos afectos, que no han sido normalmente experimentados en el momento de su actualidad, se encuentran ahora en el inconsciente en razón de su ligazón con el recuerdo de un traumatismo psíquico. Afectos y recuerdos así ligados fueron reprimidos entonces a causa de su carácter penoso. Cuando el afecto y la verbalización del recuerdo irrumpen al mismo tiempo en la conciencia, se produce la abreacción, que se manifiesta con gestos y palabras que hacen explícitos estos afectos. La mayor parte de las veces, la abreacción sobreviene en el momento de levantarse la resistencia a esta irrupción, en el curso de una cura analítica y gracias a la transferencia sobre el analista.*)

## 6.6 Clasificación de los efectos transferenciales (Cencillo, 1978)

### Efectos apoyativos o reflectantes:

#### 1.- Efecto “testigo”:

Se produce cuando el analista es sentido como representante de la sociedad, del “fuero externo”, que compromete y toma la palabra, de modo que las verbalizaciones, las confirmaciones de las hipótesis formuladas le resultan al paciente irreversibles y efectivas, por haberlas conocido su analista. Sería la confirmación de la tesis de Sartre: “*los demás nos fijan en nuestro yo*”.

El analista encarna aquí el *principio de realidad*, que no puede negarse ni anularse lo que una vez ha conectado con él, que queda literalmente “*realizado*”.

#### 2.- Efecto “espejo”:

Por el efecto espejo el analista refleja, objetivándolo, lo que el paciente proyecta sobre él, emite, hace o afirma.

El analista recibe los mensajes del paciente y se los devuelve especularmente, objetivados, localizables y determinables, desgajados de la masa emocional y subjetiva.

Los materiales se convierten en *objetos de reflexión, interrelacionados y sistematizados*, es decir, en las mejores condiciones para esclarecer de su significado y el significado de los mecanismos o relaciones reales que ocultan.

### **3.- Efecto “pantalla”:**

Es el efecto más típicamente transferencial y sólo se diferencia del anterior en la naturaleza de lo proyectado.

En el *espejo* el analista objetiva y devuelve toda clase de mensajes del inconsciente.

En el *efecto pantalla*, sólo *inviste roles*, inconsciente atribuidos y proyectados por el paciente sobre él. Aquí es mayor el grado de objetivación y de relieve adquirida por lo proyectado.

Se percibe al analista como *portador efectivo* de los roles o imágenes investidos, lo cual es más movilizador u operante.

**Dinamizadores:**

### **4.- Efecto “regresión”**

El paciente puede *revivir regresivamente* situaciones, relaciones y emociones tempranas e infantiles, antes profundamente reprimidas, que adquieren ahora mayor movilidad, al ser drenadas por desplazamiento hacia el analista.

Las demandas, al ser *frustradas*, provocan regresiones cada vez más remotas, lo cual permite des-reprimir y liberar cargas de energía libidinal siempre mayores y más básicas.

#### **5.- Efecto “descarga”**

La objetivación proyectiva y la *abreacción* hacen posible una desactivación de las cargas libidinales, no objetivamente asociadas, o una distensión de su poder generador de presiones, productoras de angustia o de compulsiones.

La realización, siquiera sea fantaseada, de deseos tolerados o aprobados por el analista, es el resorte de una abreacción inicial en la mayoría de los casos.

La tolerancia transferencial crea un clima distendido y cálido que favorece una progresiva manifestación del fondo emocional del paciente.

#### **6.- Efecto “despliegue”**

Gracias a este efecto, las presiones afectivas, angustiosas u obsesivas se distienden, la vida afectiva concreta se acepta lúcidamente, se distiende y se explaya, produciendo desahogo y aceptación de sí mismo.

Permite contrastar la vida afectiva profunda con el “*principio de realidad*”, medir objetivamente sus alcances y desarticular las constelaciones indebidamente depresivas o maníacamente mitificadoras de objetos.

Facilita la *abreacción* de elementos pulsionales paralizados o incontrolada y sustitutivamente activos.

**Complexivo:**

**7.- Efecto “injerto”**

A veces se da una especie de incubación o regestación de la personalidad del paciente por la personalidad del analista, que se *injerta* en aquella para activarla y vertebrarla adecuadamente. La posibilidad de una *comunicación profunda*, que trasciende los planos verbal, social y conceptualizable, se sitúa a niveles concretos, participativos y vivenciales y está condicionada por la *confianza básica*\*.

**La confianza básica** es una especie de “experiencia emocional correctiva” que rectificaría el influjo parental primario perturbador.

**La comunicación de inconscientes**, supone:

- Por parte del analista:

Intuir la dinámica inconsciente de las perturbaciones, anticipando datos implícitos.

Cometer actos fallidos verbales que hacen *insight* en el paciente.

Acertar hermenéuticamente de modo que el paciente se sienta inconscientemente comprometido por la interpretación.

- Por parte del paciente:

Soñar o fantasear eidéticamente datos del analista.

Soñar con expresiones en lenguas desconocidas.

Premoniciones sobre situaciones que afectan al analista.

**Clima afectivo:**

La conducta del analista ha de ser perfectamente contralada, sobria exigente y hasta “dura” para no corresponde a las demandas del paciente. Pero este ha de advertir una *estima auténtica* de su persona, una *intención sincera* dirigida hacia su bien y una *captación afectiva de su concreción personal* unida al *aprecio* real de la misma.

Ha de adiestrarse el analista en una *percepción altruista y concreta* del otro, que podemos calificar de *núcleo dinamizador* de la vocación de terapeuta.

**Inducción energética:**

Supone un préstamo de energía que el paciente recibe del terapeuta. Capacidad de entusiasmo, visión clara y motivadora de las realidades, percepción confiada y apreciativa de los demás, son cualidades que el analista debe desarrollar en sí mismo, para poder ser eficaz.

La energía proporcionada por el terapeuta supone un injerto de realismo, de visión objetiva de las realidades, de plenitud afectiva equilibrada.

Este amplio repertorio de interacciones que se constelan en torno a los conceptos de transferencia, contenidos transferidos y efectos transferenciales van a permitirnos precisar la comprensión de la especial relación que se configura entre paciente y terapeuta, a lo largo del proceso y va a facilitar el análisis cualitativo de contenidos, basado en los índices dinámicos de salud (iDS), que a continuación se definen.

### **7. DEFINICIÓN DE LOS ÍNDICES DINÁMICOS DE SALUD (IDS)**

Los índices dinámicos de salud (iDS) son parámetros que resultan de valorar las cadenas semánticas del discurso del paciente durante las sesiones de psicoterapia psicoanalítica, que corresponden a cada uno de los campos de significación codificados en el cuestionario iSMOSS y pueden representarse gráficamente.

La diferencia entre el cuestionario iSMOSS y el análisis cualitativo mediante índices dinámicos de salud (iDS), es la misma que la diferencia entre la fotografía y el vídeo:

-La fotografía es una imagen fija, en este caso la hoja de resultados del cuestionario iSMOSS, permite definir con todo detalle una situación inicial, por ejemplo, antes de la psicoterapia, valorando los cinco niveles o campos de significación, antes expuestos: emocional, práctico, corporal, existencial y también el índice general, como resultante de los anteriores. También se puede comparar esta situación inicial con los resultados que se obtienen al final de la terapia, para observar las diferencias, y sin atribuir necesariamente una relación de causalidad a los cambios positivos, sino establecer que ha sido un factor más, en la evolución natural del paciente, pero que el terapeuta, mediante este instrumento, presentado en PSIWORLD 2013, pero aun sin publicar, puede identificar desde el principio los núcleos de conflictividad, actuar sobre ellos de forma focal y comprobar la situación final de estos índices al final de la terapia.

-El vídeo, presenta fotograma a fotograma –cadena semántica tras cadena semántica- el conjunto de contenidos de una sesión. Conviene recordar aquí el esquema inicial del análisis cualitativo y cómo las diferentes formas de representar los datos pueden influir decisivamente en la percepción y valoración de los mismos por parte del lector. No

pretendemos haber encontrado la fórmula ideal de representación, ni mucho menos, puesto que se trata de un sistema nuevo de codificación de contenidos en las sesiones de psicoterapia, sino un procedimiento de análisis que permita iniciar nuevas investigaciones y nuevas formas de codificar y representar.

En este caso, consideramos que el conjunto hiper\_frásico de interpretación es la sesión, como unidad hermenéutica fundamental.

Este planteamiento, admite también una segunda lectura, agrupando las sesiones en fases, y observando el grado de cumplimiento de los objetivos teóricos que podrían cubrirse en cada fase y finalmente presentar un esquema del conjunto de las fases.

Procedemos a valorar las cadenas semánticas codificadas y a representar el conjunto de campos semánticos *superpuestos* en cada unidad hermenéutica, es decir, haciendo abstracción del orden en que aparece cada serie de cadenas, y los cortes temporales que se producen dentro de cada campo, para asemejar –metafóricamente, claro- el texto del paciente a su correlato inconsciente, considerando cada serie como un continuo en su representación, superpuesta temporalmente a las demás series, pero con las cadenas semánticas unidas pero ordenadas, del principio al final de la sesión, con el fin de comprobar también su evolución dentro de la sesión.

También definimos como *serie dominante*, la correspondiente al campo de significación más extenso – en esta primera sesión, el emocional- y *línea de tendencia*, a la representación gráfica de la evolución de las valoraciones del conjunto de las series a lo largo de la sesión, que en este caso puede considerarse como positiva, puesto que



**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

evoluciona desde -6 a 0, y está representada por una flecha negra, mientras que las series son, en este caso: serie 1: verde-campo existencial, serie 2: rojo: campo corporal, serie 3: azul-campo emocional, y serie 4: amarillo- campo práctico.

Una vez planteados los elementos que constituyen los índices dinámicos: *representación gráfica, valoración de cadenas semánticas, campos de significación, sesión como unidad hermenéutica, superposición de campos, serie dominante y línea de tendencia*; pasamos a comprobar cómo se articulan estos elementos en las diferentes fases del proceso terapéutico y qué utilidad pueden tener los índices dinámicos de salud, desde los puntos de vista teórico, técnico y clínico.

## 8. CRITERIOS DE SALUD MENTAL EN LA HISTORIA DEL PSICOANÁLISIS

### 8.1 Antecedentes

Históricamente, la idea de salud mental y el concepto de normalidad han sido nociones que se han utilizado indistintamente para describir un estado de “cordura” o “sensatez”. El propio Sigmund Freud utilizaba estos dos términos indistintamente en los orígenes del psicoanálisis. Salud (*Gesundheit*) y normalidad (*Normalität*). Múltiples definiciones esgrimen ambos términos, generando una serie de confusiones y ambigüedades al respecto.

Según Corderch (1982), no existen delimitaciones precisas acerca de lo que debe entenderse por salud, normalidad y anormalidad psíquicas; lo cual ha generado que los profesionales de la salud actúen de manera intuitiva, basándose más en aspectos afectivos que en el razonamiento lógico. Tal situación se debería entre otros al modo cómo se fue entendiendo la idea de salud y enfermedad mental a través de los tiempos.

En la prehistoria por ejemplo, la idea de la enfermedad mental se basaba en una concepción mítica. Se creía que los desórdenes mentales eran fenómenos sobrenaturales, causados por los dioses frente a la violación de un tabú, la falla de las ofrendas rituales o por posesiones demoníacas (Mora, 1985).

Los médicos-sacerdotes de Babilonia (*Assipú*) trataban las enfermedades mentales con rituales mágicos con el convencimiento de que eran posesiones demoníacas. También en el judaísmo el tratamiento de las enfermedades mentales estaba reservado a los sacerdotes, por tratarse de enfermedades ocultas, que precisaban ayuda espiritual. En

TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

---

Persia se promulgó una “Ley contra los demonios” (*Venidad*) que eran los causantes de las 99.999 enfermedades que sufren los seres humanos. (Postel y Quetel, 1997)

Estas ideas persistieron entre los griegos, quienes consideraban que los demonios podían tomar posesión de una persona, controlando su cuerpo y mente (Davison & Neale, 1997). Los diferentes tipos de locura eran considerados castigo de los dioses: el *frenesí* de Oístros, la *demencia* de Lisa, la *venganza*, personificada en las Erínias. También Dionisos, Afrodita, Eros y Atenea, eran dioses capaces de generar diferentes modos de locura en los hombres. Tal concepción continuó hasta Hipócrates, quien propuso una causa biológica para la enfermedad mental y designó la palabra “manía” o locura para tal estado. Así mismo, Platón sugirió que la causa de la locura se encontraba en la mente. Él creía que el origen de la enfermedad mental consistía en la ignorancia de la *psyche*, es decir de la fuerza que mantenía al ser humano vivo (Mora, 1985). Sin embargo tanto las propuestas de Hipócrates como de Platón se perdieron en el tiempo, regresando las teorías de las posesiones demoníacas.

La cultura de la Roma clásica supone un salto cualitativo en la etiología de las enfermedades mentales. Herederos de las filosofías estoica y epicúrea, postularon que *las pasiones y los deseos insatisfechos actuaban sobre el alma, produciendo las enfermedades mentales*. La salud sólo podía recuperarse desde un estado de gracia, de especial tranquilidad y sosiego interior denominado “*ataraxia*”.

La relación entre la salud física y la psíquica se conoce desde antiguo y está expresada en los versos de Juvenal: “*Orandum est ut sit mens sana in corpore sano*”. “*Se debe orar que se nos conceda una mente sana en un cuerpo sano*”.

En la Edad Media resurge con fuerza la idea de que son los demonios los causantes de la enfermedad mental.

(De (psiquiatrianet, 2009)):

*“Durante la Baja Edad Media (s. IX – XI) existió una relativa permisividad hacia las tradiciones paganas y demonológicas; la mayoría de las personas recurrían a brujas y magos para resolver sus problemas. Durante este período, cabe destacar también el trato humanitario que los enfermos mentales recibían en los múltiples monasterios; claro está, que quedaban fuera de este trato humanitario todos aquellos enfermos que presentaran conductas violentas o muy desagradables. Pero, a medida que fue transcurriendo el tiempo, la Iglesia católica fue escalando puestos hasta llegar a ser la rectora absoluta de la vida de los ciudadanos, y la estricta moral cristiana choca con la tradición popular apegada durante siglos a costumbres paganas más liberales. El clima de tolerancia inicial comienza inevitablemente a reducirse. A todo esto hay que añadir que se dio un periodo de crisis social (hambre, miseria, peste...) así como innumerables guerras sangrientas. Dada la falta de cauces para expresar el malestar, comienzan a desarrollarse curiosos modos de expresión emocional, brotes de locura colectiva, es decir, alteraciones extremas del comportamiento que llegaron a afectar a poblaciones enteras. Durante estos siglos se registraron epidemias de manías danzantes: delirios frenéticos, saltos, bailes, convulsiones... Existían curiosas creencias populares como la de que si se bailaba sin parar, la persona quedaba inmunizada ante una posible picadura de tarántula; ciudades enteras fueron contagiadas, los ciudadanos podían pasar horas, a veces días enteros danzando, saltando, riendo... En Italia, este fenómeno se conoció como tarantismo; se extendió por toda Europa, donde se le acabó conociendo con el nombre de Baile de San Vito. Otro ejemplo de epidemias de este tipo lo constituye los ataques colectivos de licantrópía, que hacía vagar a los afectados aullando como lobos, o las posesiones grupales.*

*Una de las hipótesis explicativas de estos fenómenos es que estos extraños comportamientos eran parecidos a los ritos que la tradición greco-romana celebraba en honor de ciertos dioses. Cuando el cristianismo se convirtió en religión oficial, se prohibieron una serie de ritos y tradiciones profundamente enraizadas en la cultura y el folklore popular. El conflicto entre tradición y religión, la imposibilidad cotidiana de expresión emocional, acabó transformándose en síntomas de una enfermedad de tal manera que su práctica no estuviera abocada al castigo.*

Según la teología de la época, las posesiones diabólicas podían ser de dos tipos atendiendo a un criterio de voluntariedad de la posesión: Entendida como una enfermedad mental: el demonio poseía a su víctima en contra de su voluntad, bien por el abandono de su alma, o bien por el castigo de sus pecados. El poseso estaba aliado con el demonio, y en el acto de posesión había intervenido un brujo; aunque la diferencia entre este segundo tipo de posesos y los brujos no estaba clara. Aunque se distinguía entre la auténtica pérdida de la razón y la brujería, no están claros los criterios que se utilizaban para tal distinción, de hecho, apenas se recogen estos procedimientos diagnósticos en los textos de la época. Durante el renacimiento, aparece como símbolo recluir a los enfermos mentales en la *Nef des Fous* o la nave de los locos descrita por (Foucault, 1964). En ella, los “locos” eran encargados a los marineros mercantes con el fin de mantenerlos como pasajeros – prisioneros por un tiempo indefinido, destinándolos a una existencia errante. En el siglo XVIII, se presenta un cambio definitivo en la explicación de la salud mental. Se establecen hospitales dedicados a los desórdenes mentales, aunque dentro de estos, los pacientes eran encadenados y maltratados. En palabras de Foucault: “[la nave de los locos] Ahora ha atracado entre

las cosas y la gente. Retenida y mantenida, ya no es barca, sino hospital” (Foucault, 1964). Pese a ello fueron mejorando progresivamente las condiciones hospitalarias, siendo Philip Pinel en Francia, quien libera a los pacientes de su encierro (Gramwell & Tomes, 1995). En el siglo XIX se continuó mejorando la calidad de los servicios de salud, reconociendo la importancia de la investigación así como la necesidad de un sistema de cuidado a largo plazo en lugares especializados, que generasen a su vez sistemas de soporte social (Mora, 1985). En siglo XX, se inicia el tratamiento de la salud mental como un tema a ser abordado desde una perspectiva interdisciplinaria. Así mismo surgieron una serie de propuestas que intentaban definir los requisitos necesarios para poder ubicar a una persona como normal o enferma, apareciendo los manuales diagnósticos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) publica la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), incluyendo un apartado destinado a trastornos mentales. En 1952 se crea el primer sistema de clasificación de enfermedades mentales, conocido como el "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales", que actualmente está en su quinta edición (DSM– V) y ha suscitado fuertes críticas, a nivel global. Entre las principales críticas están:

- Falta de calidad en la redacción, imprecisión, incoherencia.
- Pandemia de “nuevos” trastornos mentales –extremadamente comunes a toda la población- al servicio de una industria farmacéutica al acecho.
- Bajan los umbrales diagnósticos de los trastornos existentes, aumentando en varias decenas de millones los clientes de psicofármacos.

- Es previsible un número incontable de “falsos positivos” y el tratamiento masivo con medicaciones innecesarias, caras y a veces claramente dañinas.

(Tomado de “*Abriendo la Caja de Pandora las 19 peores sugerencias del DSM-V*”.

Frances, A)

A mediados del siglo XX la psiquiatría y a la psicofarmacología se situaron en una posición omnipotente, en la cual el paciente era etiquetado y sometido a un tratamiento que con frecuencia lo despersonalizaba. Como respuesta a esta tendencia surgió en Inglaterra en la década de los sesenta el denominado movimiento antipsiquiátrico. Éste proponía el rechazo del concepto tradicional de enfermedad mental como *anormalidad biopsíquica*, para ubicarlo dentro de un contexto económico e histórico – social. Los iniciadores de este movimiento, Ronald Laing (1960) y David Cooper (1971), cuestionaron el concepto de enfermedad mental, calificándolo como un rótulo arbitrario utilizado para descalificar a ciertas personas.

Corderch (1982) – partiendo de la división clásica entre salud y enfermedad– formuló una clasificación de la normalidad, entendida ésta como sinónimo de salud. A partir de una recopilación de los modelos de salud existentes tales como la normalidad normativa, el criterio social y la normalidad estadística, este autor (1982) propone el criterio psicodinámico, como la capacidad para manejar adecuadamente los procesos mentales inconscientes, entre los cuales incluye a la fantasía.

En contraposición, Canguilhem (1998) sostiene que estar sano y ser normal no son términos equivalentes, puesto que lo patológico puede ser también una especie de

TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

---

normalidad. Según este autor (1998), la salud a diferencia de la normalidad sería la capacidad para mantener cierto margen de tolerancia respecto a las fallas y excepciones del medio ambiente. Su particularidad se basaría en la capacidad de encontrar seguridades y crear nuevos valores y normas de vida.

En la actualidad, se presenta un movimiento hacia la salud mental, orientado a la prevención de las enfermedades así como al fomento de estados positivos de salud y bienestar.

Desde comienzos del siglo XX, el psicoanálisis ha venido perfilando un concepto de salud mental que progresivamente se ha enriquecido con las aportaciones de diferentes autores y constituye un referente ineludible para considerar el conjunto de indicativos y niveles que lo integran. Las descripciones psicoanalíticas de la salud se han desarrollado en dos direcciones divergentes, las cuales se apoyaban en los movimientos académicos y culturales de la época. Por un lado siguiendo el movimiento de la Ilustración, se pretendía hallar el ideal de la perfección a través de la racionalidad; en palabras de Freud (1923) *“donde estaba el ello, estará el yo”*. Por otra parte, se buscaba la visión del hombre instintivo, libre de obstáculos neuróticos, proveniente de los románticos, que corresponde al trabajo analítico de des-reprimir y des-culpabilizar.

Desde la inicial “ausencia de síntomas” como índice fiable de salud, a un aparentemente complejo repertorio de indicativos de salud mental, estructurados en varios niveles, que se proponen como modelo positivo de salud mental, entramos en la evolución de este concepto, a través de las principales autores del psicoanálisis.



## 8.2 Sigmund Freud (1856 - 1939)

Freud buscó una explicación a la forma de operar de la mente. Propuso una estructura de la misma dividida en tres partes: el ello, el yo y el superyó. El ello representa las pulsiones o impulsos primigenios y constituye, según Freud, el motor del pensamiento y el comportamiento humano. Contiene nuestros deseos de gratificación más primitivos. El superyó, la parte que contrarresta al ello, representa los pensamientos morales y éticos. El yo permanece entre ambos, y actúa mediando entre nuestras necesidades primitivas y nuestras creencias éticas y morales. No es sinónimo de la consciencia (existen partes del yo que son inconscientes). Su idea básica sobre la salud puede resumirse en que un yo saludable proporciona la habilidad para adaptarse a la realidad e interactuar con el mundo exterior de una manera que represente el mejor compromiso entre los deseos y mociones pulsionales del ello y las demandas restrictivas o punitivas provenientes del superyó.

En 1912 en *Über Neurotische Erkrankungsstypen* (Sobre las Causas Ocasionales de la Neurosis), Freud describe cómo el destino de la libido sirve en el psicoanálisis como criterio para diferenciar la salud de la enfermedad.

La persona se muestra sana, a medida que la satisfacción de su deseo se realice mediante un objeto real del mundo exterior; es decir, Freud utiliza el criterio económico o de descarga para explicar la etiología de la enfermedad.

El individuo conserva la salud mientras su necesidad de amor es satisfecha por un objeto real del mundo exterior, y contrae una neurosis en cuanto pierde tal objeto y no

TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

---

encuentra una sustitución del mismo. Posteriormente en 1920 en *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse* (Lecciones Introdutorias al Psicoanálisis), Freud introduce en su modelo de salud el concepto de conflicto así como el papel de las defensas y las resistencias en el paciente neurótico. “*La felicidad coincide aquí con la salud, y la desgracia, con la neurosis.*”

Según Freud, tales personas son incapaces de gozar y de obrar adecuadamente: de gozar, porque su libido no se halla dirigida sobre ningún objeto real; y de obrar, porque se halla obligado a gastar toda su energía para mantener a su libido en estado de represión y protegerse contra sus asaltos.

La diferencia entre la salud y la neurosis se basa entonces en una diferencia relativa al grado de goce y de actividad del que la persona es capaz, y por tanto "se trata de una diferencia de orden cuantitativo y no cualitativo".

En 1923 en *Das Ich und das Es* (El Yo y el Ello) Freud introduce la segunda tópica, como una nueva forma de conceptualizar el psiquismo. De esta nueva organización, Freud postula una propuesta general de la salud: “*Donde estuvo el ello, estará el yo*” (1923).

En *Der Realitätverlust bei Neurose und Psychose* (1924) (La Pérdida de la Realidad en la Neurosis y la Psicosis) Freud comienza a vislumbrar la ambigüedad de la división entre lo saludable y lo patológico.

## TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

---

Al respecto sugiere que lo que se denomina normal o «sano» reúne en sí mismo una serie de rasgos tanto neuróticos (como sinónimo de normal) y psicótico: la persona no niega la realidad, pero se esfuerza en transformarla, como en la psicosis.

Para Freud, la conducta normal conduce naturalmente a una labor manifiesta sobre el mundo exterior y no se contenta, como en la psicosis, con la producción de modificaciones internas.

En *Der Untergang des Ödipuscomplex* (1924) (La Disolución del Complejo de Edipo) Freud describe de manera explícita esta problemática. Refiriéndose a la disolución del complejo de Edipo, Freud refiere: "*Nos inclinaríamos a suponer que hemos tropezado aquí con el límite, nunca precisamente determinable, entre lo normal y lo patológico*".

Ese mismo año (1924) Freud escribe en *Kurzer Abriß der Psychoanalyse* (Esquema del Psicoanálisis) un breve ensayo para explicar la estructura de la teoría psicoanalítica. En un inicio, la investigación analítica buscaba tan sólo fundamentar la génesis de algunos estados psíquicos patológicos; pero este proceso condujo a la creación de una nueva Psicología, cuyos conocimientos "no podían limitarse al terreno de la Patología".

En 1927 con *Der Humor* (El Humor), Freud muestra una actitud vacilante respecto a su modelo de salud, excusándose en términos de 'cautela' el haberse referido de manera tan imprecisa y poco frecuente al funcionamiento normal. Al respecto sostiene: "*La patología de la vida anímica es el terreno en el cual nos sentimos seguros; allí hacemos nuestras observaciones, allí logramos nuestras convicciones; pero por el momento sólo*

*osamos formular juicios sobre lo normal, en tanto que lo podemos inferir a través de los aislamientos y las deformaciones de su expresión patológica".*

En *Die Endliche und unendliche Analyse* (1935) (Análisis Terminable e Interminable), pone en tela de juicio la posibilidad de lograr por medio del psicoanálisis un nivel de normalidad psíquica absoluta y estable, fruto de la resolución de cada una de las represiones del paciente. En ese sentido, Freud acude a la descripción estadística de la normalidad, proponiendo que toda persona es normal en cuanto pertenece a la media. Esta posición la expone en uno de sus últimos escritos, *Abriß der Psychoanalyse* (1938) (Compendio del Psicoanálisis), donde reconoce la naturaleza progresiva del espectro salud - enfermedad. Freud considera que las transiciones graduales de la neurosis conducen a la normalidad, y en ese sentido *puede que no exista ningún estado reconocidamente normal* en el que no se pudieran comprobar ciertos rasgos neuróticos. La diferencia entre ambos estados radicaría en los niveles cuantitativos (en términos de quantum de energía) responsables de las inadecuaciones y los sufrimientos de los neuróticos. Sin embargo, más adelante parece contradecirse señalando la imposibilidad de separar "*científicamente*" la normalidad psíquica de la anormalidad, de modo que, "*pese a su importancia práctica, sólo cabe atribuir valor convencional a esta diferenciación*".

Con esta argumentación, Freud justifica el estudio de la vida psíquica normal mediante la indagación de sus trastornos, hecho que según él no sería válido si estos estados patológicos, estas neurosis y psicosis tuvieran una etiología específica.

### 8.3 Carl Gustav Jung (1875-1961)

En el año 1900, Carl Jung es un joven médico de 25 años, que inicia su formación en psiquiatría como ayudante en la clínica psiquiátrica de Burghölzli, en Zúrich. Leyó la obra de Freud: "*La interpretación de los sueños*". En 1903, después de un intenso trabajo en la clínica, releyó con provecho este texto de Freud, interesándose especialmente por *el mecanismo de represión*, relacionándolo con sus descubrimientos, mediante el test de asociación, de los tiempos alargados de reacción a la palabra estímulo. (Quiroga Méndez, 2003)

En el año 1905, es nombrado profesor independiente de psiquiatría, en el seis publica su famoso test de asociación de palabras: *Diagnostische Assoziationsstudien* y en el año siete conoce a Sigmund Freud, con quien establece una intensa colaboración. En el año 1909, acompaña a Freud, junto con Ferenczi en su viaje a Estados Unidos. Freud se refiere a él como "*Príncipe heredero*". En 1911 fue nombrado presidente de la Asociación Psicoanalítica Internacional, recién fundada, en el doce, empezaron a manifestarse divergencias entre su pensamiento y el de Sigmund Freud. Mantuvo una intensa relación con Freud, pronto rota, después de cuatro intensos años de colaboración, por importantes discrepancias teóricas y personales; finalmente en 1913, se produjo la separación definitiva. Rechazó la psicología que buscaba una fundamentación de sus explicaciones en el orden físico, enfoque que caracterizó como "*psicología sin alma*".

Para acercarnos al pensamiento de este autor, sobre el concepto de salud psicológica, podemos comenzar reseñando brevemente las *cinco diferencias* con el psicoanálisis de

TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

---

Freud, puesto que Jung denominó su propia doctrina "psicología analítica", para diferenciarla del psicoanálisis:

-En primer lugar, relativizando la preeminencia de los factores históricos en la fundamentación freudiana y resaltando el presente en detrimento del pasado.

-En segundo lugar, oponiendo el concepto de energía vital a la libido freudiana. Para Jung, el concepto de libido definiría una *energía vital* de carácter *general* que adoptaría la forma más importante para el organismo en cada momento de su existencia. La libido, para Jung es la energía psíquica en general, en contraste con el planteamiento freudiano que la identifica más con la energía sexual.

-En tercer lugar el *conflicto edípico* deja de sustentarse en la sexualidad y adquiere otra fundamentación. Para Freud, la relación del niño respecto de sus figuras parentales consiste en una sexualidad poliédrica. Para Jung, el artífice central de la obra es un *Élan vital*, -impulso ó energía vital- una figura neutra que encubiertamente va tiñendo todas y cada una de las manifestaciones progresivas del escenario de la vida.

-En cuarto lugar, considerar que tan importante es la historia personal como las metas e intenciones de un individuo. De ello se deduce que el ser humano en Jung, a diferencia del de Freud, tienda más hacia la creatividad, sea menos pasivo ante los condicionamientos infantiles y/o ambientales, y se le considere más optimista.

- Y finalmente, admite la existencia de un inconsciente personal, fruto de los contenidos reprimidos de origen infantil, pero añade la existencia de un **inconsciente colectivo**, más profundo, de naturaleza universal, por lo tanto con contenidos y modos de

## TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

---

comportamiento que son los mismos en todos los individuos. En el inconsciente colectivo destaca lo que Jung llamaba arquetipos: imágenes primordiales relativas a constantes humanas.

Centra la salud en la *autorregulación personal y en la armonía entre contrarios*. El síntoma, es entonces el mecanismo de autorregulación que busca restablecer el equilibrio perdido. Las regresiones cumplen funciones positivas. No debemos liberarnos de la neurosis, hay que experimentarla para conocer su finalidad. (Quiroga Méndez, 2003). Para este fin el terapeuta busca la colaboración activa del paciente y emplea también el análisis de los sueños y otras creaciones como dibujos o escritos. El paciente debe enfrentarse a la realidad. *“El tratamiento es la relación, no la técnica”*. El tratamiento terapéutico debe culminar en el proceso de individuación: *desarrollo de la individualidad del paciente, ampliación de su conciencia y autonomía personal*.

Jung sitúa en los complejos el origen de toda perturbación mental; del mismo modo que para Freud los sueños eran la "vía regia" de acceso al inconsciente, así serán los complejos para Jung, antes de 1930. En etapas posteriores va adquiriendo consistencia su teoría de los arquetipos, que culmina en el periodo 1946-1961, denominado por la Prof. Quiroga Méndez "Etapa arquetipal" (Quiroga Méndez, 2003)

Inventó el test de asociaciones verbales: el terapeuta le pide al paciente que responda con lo que primero acuda a su mente ante una serie de palabras-estímulo. Si el sujeto tarda en responder a la palabra-estímulo ello es señal de la existencia de un complejo en el que el analista debe investigar. También fueron importantes sus aportaciones en el campo de la personalidad. En el año veinte, apareció otra obra suya de importancia capital,

*Psychologische Typen*, “Los tipos psicológicos”, que es una de las obras fundamentales sobre la personalidad humana.

Durante los siguientes cuarenta años desarrolló una intensísima y fecunda labor intelectual marcada por el brillo de una creatividad y originalidad excepcionales, que ha sido cuidadosamente resumida y sistematizada en el excelente libro de la profesora María Pilar Quiroga, *C. G. Jung: vida, obra y psicoterapia* (Desclée de Brouwer, Bilbao, 2003), que es un resumen de su tesis doctoral en Psicología por la Universidad Pontificia de Salamanca.

#### **8.4 Alfred Adler (1870-1937)**

Adler defendió las ideas de Freud en la Escuela vienesa de Medicina, en los círculos médicos locales y en la prensa. Desde 1902 participó en una pequeña tertulia organizada en casa de Freud, la «Sociedad Psicológica de los Miércoles»

Creó su propio sistema, conocido como Psicología Individual. Con este título no se refiere a lo opuesto a colectivo o social, quiere más bien señalar la preeminencia que tiene en su psicología la realidad única e individual presente en cada persona.

Freud ofrece explicaciones causales, Adler prefiere un enfoque finalista o teleológico (de "telos", en griego "fin"), pues subraya la importancia de las metas o fines de las personas en su forma de organizar su presente. Adler destaca la fuerza del yo individual; en Freud sin embargo, el yo es más frágil por la presión del ello.

Carácter y estilo de vida. El carácter es el estilo de vida peculiar a cada individuo y que, en esa medida, lo singulariza. Se forma en los primeros 4 o 5 años de vida como



consecuencia de las relaciones del niño con sus padres y hermanos. Los patrones o estilos de comportamiento y pensamiento que entonces se forman se trasladarán después con más o menos fidelidad a la vida adulta.

Plan de vida: es el objetivo de la vida de la persona, cuyas raíces se hunden en el inconsciente. Unifica la experiencia del sujeto e influye decisivamente en el carácter.

El tratamiento adleriano se basa en la reeducabilidad para cambiar el estilo de vida y desarrollar un sentimiento comunitario. "¿Qué haría usted si no tuviera esa dificultad?" es lo que se ha llamado "la pregunta" en la terapia adleriana, y muestra el enfoque teleológico o finalista de toda su psicología: la respuesta del paciente le enseña al terapeuta el camino que debe seguir para comprender el estilo de vida del paciente y apoyarle para cambiar.

### **8.5 Ernest Jones (1879 - 1958)**

Fundador del psicoanálisis en Gran Bretaña e inventor del comité secreto, Ernest Jones fue uno de los principales negociadores en las Grandes Controversias (1904-1944). Desempeñó cargos importantes en varias sociedades e institutos psicoanalíticos en Europa, influyendo en las decisiones políticas del movimiento. Jones (1942), investigó sobre los efectos terapéuticos del psicoanálisis, concluyendo que éstos no solamente consisten en la eliminación de los síntomas manifiestos, sino en la promoción de un estado en el que el paciente logra cambios en su carácter e incluso intelecto, logrando de este modo un aumento de la tolerancia y la apertura mental.

La aproximación de Jones a la salud se centra principalmente en la dinámica pulsional así como en su manejo exitoso, lo cual permite el desarrollo de tres atributos principales: la felicidad, la eficiencia y la adaptación a la realidad.

La sensación de alegría y felicidad combinada con la capacidad para disfrutar (y contenerse a Sí mismo) es según este autor, una de las características principales de las personas sanas. Este atributo a veces se ve impedido a través de sensaciones de miedo, odio y la culpa, los cuales se generan cuando no se ha resuelto exitosamente el complejo de Edipo. Por eficiencia, se entiende el flujo libre de energía mental en búsqueda de actividad. Finalmente por adaptación a la realidad Jones (1942) describe no sólo la conexión con la realidad psíquica, sino también a la relación con otras personas.

#### **8.6 Melanie Klein (1882- 1960)**

Melanie Klein, vienesa de origen, fue gestora junto con Anna Freud de las Grandes Controversias en Londres. Esta analista transformó profundamente la doctrina psicoanalítica clásica, creando el psicoanálisis de niños y el análisis didáctico. Para Melanie Klein (1959) la buena relación del bebé con la madre, la alimentación, el amor y el cuidado que ella le provee, son la base de un desarrollo emocional estable. Sin embargo, aun en este momento tan temprano y bajo las circunstancias más favorables, el conflicto entre el amor y el odio desempeña un importante papel en esta relación.

En la medida en que el bebé busque preservar los aspectos amados de la madre buena, debe escindir el amor del odio y mantener la división de la madre en una buena y una mala. Esto le permitirá lograr cierto grado de seguridad en su relación con la madre

## TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

---

amada y por consiguiente, desarrollar su capacidad de amar. Si la disociación no es muy profunda y no impide más tarde la integración y la síntesis, el niño podrá desarrollarse normalmente y tener una buena relación con la madre.

Según esta autora, las fantasías y deseos infantiles persisten en cierto grado aún en una persona emocionalmente madura. Si estas fantasías y deseos han sido exitosamente elaborados y experimentados libremente - en primer lugar en los juegos infantiles-, se convertirán en intereses y actividades que enriquecerán la personalidad.

Por tanto, la capacidad de resolver estos conflictos desarrollada a lo largo de la adolescencia y la adultez, constituye según Klein la base de la salud mental.

Melanie Klein (1960) despliega una propuesta de salud mental basada en la personalidad bien integrada. Ésta se caracteriza por una madurez emocional, fuerza de carácter, capacidad de manejar emociones conflictivas, equilibrio entre la vida interior y la adaptación a la realidad y una fusión exitosa entre las distintas partes de la personalidad.

La madurez emocional implica que los sentimientos de pérdida pueden ser contrarrestados por la capacidad de aceptar sustitutos, logrando que las fantasías infantiles no perturben la vida emocional adulta, la capacidad de disfrutar (Klein, 1960).

Si los aspectos buenos de la madre introyectada predominan frente a los frustrantes, esta madre internalizada se ubica como la base de la fortaleza del carácter, en donde el yo puede desarrollar sus potencialidades.

TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

---

La personalidad equilibrada (Klein, 1960) depende del *reconocimiento y comprensión* de la variedad de nuestros impulsos y sentimientos contradictorios, así como de la capacidad de resolver estos conflictos internos. Otro aspecto del equilibrio es la *adaptación* al mundo externo, adaptación que no interfiere con la libertad de las emociones y pensamientos. Esto implica interacción; la vida interior siempre influye en las actitudes hacia la realidad externa y a su vez es influida por las adaptaciones a la realidad. Para Klein (1960), el equilibrio no significa evitar conflictos; implica la fuerza para tolerar emociones dolorosas y poder manejarlas.

La unión de las diversas partes de la personalidad - como antítesis de la *angustia de aniquilación* - se basa en la integración. Ésta se expresa por medio de la fusión de las diferentes partes del Sí mismo. La necesidad de integración deriva del sentimiento inconsciente de que partes de uno mismo son desconocidas, de una sensación de empobrecimiento a causa de verse privado de ciertas partes.

En una persona normal, pese a la existencia de estos conflictos, se puede llevar a cabo gran parte de la integración, y cuando ésta es perturbada por motivos externos o internos, la persona sana puede volver a lograrla.

La salud mental no es tan sólo un producto de la personalidad madura, sino que en cierto modo se aplica a cada momento del desarrollo del individuo. Cuanto más se hayan modificado las actitudes de omnipotencia y renegación de lo doloroso en la infancia y en la adultez, mayor será el equilibrio mental. Así mismo, a medida que se desarrolla el yo, las defensas se vuelven más exitosas y a la vez menos rígidas.

Según Klein cuando la comprensión no es obstaculizada por las defensas, es posible lograr la salud mental. Una persona sana mentalmente puede darse cuenta de su necesidad de ver las situaciones displacenteras a una luz más favorable y corregir su tendencia a embellecerlas e idealizarlas. Salud mental es objetividad y realismo.

### **8.7 Anna Freud (1895-1982)**

Anna fue la última de los seis hijos que tuvo Freud de su matrimonio con Martha Bernays. La admiración y amor de Anna por su padre se remonta a su infancia y esa profunda identificación la lleva, llegado el momento, a querer estudiar medicina para formarse como psicoanalista. Durante 6 años estudió un profesorado en educación en el Liceo Cottage para, posteriormente, ejercer como maestra. Realizó su análisis didáctico con su padre, a los 23 años, entre 1918 y 1921, retomándolo en 1924.

Para Anna, educar era mucho más que transmitir contenidos referenciales, era también y ante todo, la posibilidad de civilizar la pulsión: “desviar la agresividad natural del niño, es uno de los fines reconocidos de la educación, la cual debe esforzarse, en los primeros años de vida del infante, en cambiar la actitud del mismo en relación a sus propios impulsos. El deseo de hacer daño a los demás, y más tarde, la necesidad de destruir objetos, van transformándose paulatinamente. Una educación inteligente tenderá a desviar estos impulsos agresivos de su propósito inicial, encauzándolos hacia el bien; se fomentará la lucha contra las dificultades del mundo exterior... y en general, toda obra de ‘bien’ en oposición al impulso primitivo.

## TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

---

En el área clínica, Anna realizó análisis de niños y creó, en este campo, una técnica muy particular, en una modalidad que recién comenzaba a perfilarse y en consecuencia era un poco tierra de nadie. Sus comienzos en esta práctica, son casi simultáneos con los de su eterna rival Melanie Klein, que iniciaba su carrera en Budapest.

Anna Freud aborda la técnica del psicoanálisis de niños, desde su perspectiva en la que se incluye un enfoque evolutivo de la niñez, tanto con relación al yo como a las fases de la libido, por lo tanto las conductas y características del niño responderán a determinados parámetros preestablecidos, que se pueden sintetizar en los siguientes apartados:

- Egocentrismo que regula su vida a partir de la satisfacción o frustración de su deseo.
- Inmadurez del aparato sexual infantil, que determina una modalidad de pensamiento pregenital.
- Debilidad de los procesos secundarios porque el niño aún no controla adecuadamente el principio de realidad, ni la estabilidad de las representaciones.
- Estructuración psíquica como resultante de la interacción de las instancias psíquicas y la realidad exterior.

Estos supuestos teóricos fundamentan su práctica clínica y van a justificar la imposibilidad de establecer una relación puramente analítica con los niños, en el sentido que se le da al análisis de adultos y encarar el análisis con la asociación de recursos pedagógicos.

Las innovaciones aportadas por Anna para ser aplicadas al psicoanálisis de niños, fueron aceptadas y ponderadas por su padre, que así lo expresa en la conferencia N° 34, de 1932.

"No hemos tenido empacho alguno en aplicar la terapia analítica a estos niños que mostraban inequívocos síntomas neuróticos o bien estaban en camino de un desfavorable desarrollo del carácter. Pero también para los niños fue muy rica la ganancia. Se demostró que el niño es un objeto muy favorable para la terapia analítica; los éxitos son radicales y duraderos. Desde luego, es preciso modificar en gran medida la técnica de tratamiento elaborada para adultos. Psicológicamente, el niño es un objeto diverso del adulto, todavía no posee un superyó, no tolera mucho los métodos de la asociación libre, y la transferencia desempeña otro papel, puesto que los progenitores reales siguen presentes. Las resistencias internas que combatimos en el adulto están sustituidas en el niño, las más de las veces, por dificultades externas. Cuando los padres se erigen en portadores de la resistencia, a menudo peligra la meta del análisis o este mismo, y por eso suele ser necesario aunar al análisis del niño al influjo analítico sobre sus progenitores." (Freud, 1932)

### **8.8 Wilhelm Reich (1897-1957)**

Wilhelm Reich fue uno de los primeros colaboradores de Sigmund Freud, hacia 1922. De hecho, fue descrito por éste como su «discípulo más brillante». Reich mostró gran entusiasmo por las teorías de Freud, en especial en lo relativo a la sexualidad.

Al contrario que Freud, que fue dejando de lado el instinto sexual y la dicotomía placer/dolor para centrarse en otros conceptos como el instinto de Muerte, Reich llevó el tema de la sexualidad y la psique al extremo, llegando a afirmar el principio económico en oposición con el tónico y el dinámico. Para Reich el sexo y el trabajo tienen una relación bioenergética, por lo que sostuvo inicialmente las siguientes dos tesis principales:

1.- *«La salud mental de una persona se puede medir por su potencial orgásmico.»* Esto quiere decir que un individuo psíquicamente sano disfruta del sexo libremente, sin traumas o inhibiciones, y una persona neurótica no.

2.- *«La psique de una persona y su musculatura voluntaria son funcionalmente equivalentes.»* Los bloqueos psíquicos se corresponden a contracciones musculares crónicas. Un ejemplo: una persona con miedos tiene perpetuamente tensos los muslos y los hombros, pues es la manera que tiene el cuerpo de prepararse para protegerse.

Inventó el Análisis Caracterológico. De esta manera, antes de pretender llegar al centro del problema psíquico del paciente mediante charlas y circunloquios que se prolongaban años y años, la misión de Reich consistía en derribar las barreras que bloqueaban el libre flujo de energía psíquica del paciente.

Una de sus obras más importantes es *"La función del orgasmo"*, que comienza con la frase: *"El amor, el trabajo y el conocimiento son los manantiales de nuestra vida. También deben gobernarla."*



### 8.8 Heinz Hartmann (1894-1970)

Fundador de la corriente de la psicología del yo, el vienés Heinz Hartmann fue miembro del Wiener Psychoanalyse Vereinigung, donde fue considerado como uno de los mejores alumnos de la segunda generación. Emigró en 1941 a EEUU, formando junto con Löwenstein la escuela neoyorquina de psicoanálisis.

Hartmann (1939) consideraba que en los círculos psicoanalíticos se atribuía menos importancia a la distinción entre la conducta sana y la conducta patológica que fuera de esos círculos, no obstante los conceptos de "salud" y de "enfermedad" muestran una influencia implícita o "latente" sobre el pensamiento analítico habitual.

Según este autor (1969), en los inicios del psicoanálisis resultaba relativamente sencillo definir y diferenciar la salud y la enfermedad mental. En esa época, gracias al descubrimiento sobre la etiología de las neurosis en base a los conflictos, se llegó a pensar que se había encontrado la clave para delimitar la salud.

Sin embargo, se descubrió posteriormente que los mismos conflictos que se habían descrito como patológicos, existían también en las personas sanas. Hartmann (1939) sostiene que incluso la relación de las personas con la salud y la enfermedad presenta a menudo características de orden neurótico.

Un rasgo común de la "*neurosis de salud*" consiste en que quienes la padecen no se permiten a sí mismos sufrir o sentirse enfermos o deprimidos (Schmideberg, 1938). Estas personas utilizan un *mecanismo de proyección*; viendo constantemente a los demás

como enfermos necesitados de ayuda, eludiendo de este modo el reconocer la propia neurosis.

Según Hartmann, las personas sanas deben ser capaces de sufrir y de sentirse deprimidas. Consideraba que, al hacer de la adaptación y en especial de la síntesis la base del concepto de salud, había logrado elaborar un *concepto "evolutivo" de salud*. Un yo sano es aquel que puede utilizar el sistema de control *racional* y al mismo tiempo de tener en cuenta la naturaleza *irracional* de otras actividades mentales.

La movilidad y la plasticidad del yo constituyen uno de los requisitos previos de la salud mental, puesto que un yo rígido podría ser un obstáculo para el proceso de adaptación. Por tanto, lo que se designa como salud o enfermedad está íntimamente ligado con la *adaptación del individuo a la realidad*.

### **8.9 Donald Winnicott (1896- 1971)**

Médico pediatra de profesión, Winnicott es considerado como el principal autor del psicoanálisis de niños en Londres antes de la llegada de Melanie Klein. Winnicott dejó un importante legado en el estudio de la vida psíquica del niño y su relación con la madre. Fue uno de los primeros teóricos que resaltó la importancia del desarrollo en la salud. Crítico de las perspectivas psicoanalíticas que consideraban a la salud simplemente como la ausencia de desordenes neuróticos, este autor propuso un modelo de salud que incluye la perspectiva del desarrollo.

TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

---

Concibió la salud como sinónimo de la madurez correspondiente a lo esperado en la edad cronológica del individuo; es decir, que el desarrollo prematuro del yo o de la conciencia de sí mismo, no es "más sano" que cuando éste aparece de manera tardía.

Este autor (1967) considera que mientras el bebé vive en un mundo subjetivo no se puede hablar todavía de salud, pues el infante todavía depende y es uno solo con la madre. La integración y progresiva diferenciación, conduce al bebé al estado de unidad, al pronombre personal "yo", que posibilita el "yo soy", y da sentido al "yo hago", momento en el que se puede hablar legítimamente de un niño sano en un medio circundante sano o malsano. En la latencia, el concepto de salud se asocia a la existencia de un período en el que el aprendizaje es central y se observa una segregación casi natural de los sexos. Al llegar a la edad de catorce años, los púberes se sumen a menudo, de manera natural y sana, en un estado de confusión y duda. Cuando esa fase se termina, los adolescentes sanos comienzan a sentirse reales, a tener el sentimiento de sí y el sentimiento de ser y posteriormente el hacer.

Considera la madurez o la salud bajo el ángulo de la realización de una plena genitalidad. Lo esencial para Winnicott, es que el hombre o la mujer puedan vivir auténticamente su vida y asumir la responsabilidad de su acción o su inacción; que se sientan capaces de atribuirse el mérito de un éxito y la responsabilidad de un fracaso; es decir, que se comporten de manera independiente y autónoma (1965). Para este autor, *ser y sentirse real* es lo propio de la salud, y únicamente si juzgamos natural el hecho de ser podemos progresar hacia cosas más positivas.

Winnicott propone tres criterios que caracterizan a las personas sanas:

La primera es la *integración*, porque es una característica de la salud que en el adulto no conoce tiempo de detención en su desarrollo emocional. La persona sana admite la desintegración y el sufrimiento asociado a ella. En efecto, gracias al estado de no-integración es posible que aparezca y reaparezca el impulso creador. Una defensa organizada contra la desintegración priva al individuo de las condiciones necesarias para el impulso creador y le impide, por consiguiente, vivir de manera creadora.

La segunda es la *unidad psicosomática*. En la salud, la utilización del cuerpo y de todas sus funciones es algo que proporciona placer. La salud es armonía psicosomática.

La tercera característica de las personas saludables depende de la *relación con los otros*. En las personas saludables, buena parte de la vida se define por las relaciones de objeto y por la relación con los objetos externos y con los objetos internos. Por consiguiente, el mundo interior de la persona sana se vincula al mundo exterior o real sin dejar de ser personal y capaz de una vida propia.

#### **8.10 Erich Fromm (1900-1980)**

Doctor en sociología por la universidad de Heidelberg, ejerció como psicoanalista “lego” –no médico. Miembro del grupo inicial de la escuela de Frankfurt, de la que posteriormente se separó por discrepancias ideológicas. Procuró una integración de la sociología y el psicoanálisis, analizando siempre el contexto social en el que se realiza el psicoanálisis individual.

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

Es considerado como uno de los precursores de la psicología holística e integradora y su concepto de salud mental puede decirse que tiene una base antropológica, puesto que le interesa el hombre universal, de todas las épocas y civilizaciones.

Su concepto de salud, se desarrolla a partir de la posibilidad de satisfacción de las necesidades básicas de los seres humanos, que define como: Necesidad de vínculo, de orientación, de arraigo, de entrega, de identidad y de transcendencia.

**Necesidad de vínculo** El hombre es libre, pero se encuentra solo y ese estado lo angustia. Necesita crear nuevos lazos, nuevos vínculos con el mundo. La manera, en la que busca relacionarse depende de muchos factores históricos, culturales, familiares, socio-económicos y políticos.

**Necesidad de orientación** Lo que otorga a los animales un marco de orientación son sus automatismos de origen biológico, algo que el hombre no posee de manera tan desarrollada. El hombre tiene que decidir continuamente para poder alimentarse, protegerse, procrear. Por la debilitación de sus instintos tiene que intentar orientarse de otra manera. El hombre dispone de razón y capacidad de abstracción e imaginación. Estas capacidades lo llevan a orientarse en el mundo, no sólo de manera física, sino también espiritual y sensorial”. La razón es el instrumento que le sirve para comprender la realidad objetivamente y llegar así a la verdad.

**Necesidad de entrega** Fromm es de la opinión, que no basta únicamente el marco de referencia para ser capaz de actuar. El hombre necesita también una meta, que le indique hacia donde tiene que ir. Aquí se trata de la entrega, de su fervor o pasión por

algo. El entregarse de lleno a algo hace al hombre capaz de actuar, porque integra y canaliza la energía humana en una dirección determinada. A partir de ahí el hombre supera su existencia aislada, con todas sus dudas e inseguridades y le otorga sentido a su vida.

**Necesidad de arraigo** El niño abandona el seno materno contra su voluntad, pierde su tierra madre, es separado de su madre y pierde sus raíces. *“Únicamente puede prescindir de sus raíces naturales, al encontrar nuevas raíces, y sólo después de haber encontrado ese nuevo arraigamiento, puede volver a sentirse en el mundo como en casa”* (Fromm, 1990) Así explica, en su obra póstuma, dos fenómenos a la vez. El primero es el fuerte vínculo del niño con su madre y el segundo es el complejo de Edipo, que somete a una profunda revisión y relativización, respecto a Freud. Sin renegar de los elementos sexuales en el complejo de Edipo, Fromm cree que la tendencia incestuosa del niño hacia a su madre es la expresión de una necesidad profunda: De la necesidad de seguridad y arraigo primordialmente, que alguna vez le fueran otorgadas al niño a través de su madre y no una necesidad sexual primaria hacia la madre. El hombre tiene una sola posibilidad, si quiere ser sano, poder desarrollarse y sentirse como en casa postula Fromm: *Encontrar una nueva tierra, crearla y echar nuevas raíces.* (Los otros)

**Necesidad de identidad** Todas las personas experimentan en su desarrollo un proceso de individualización, es decir, se tornan conscientes de sí mismas y de su vivencia de seres radicalmente separados, porque ya no conforman una unidad con la naturaleza y poseen razón y también capacidad de abstracción. Pueden decir “yo” y pueden también

diferenciarse de los otros. El término identidad describe un proceso complejo. En las distintas sociedades que conocemos hasta hoy, el hombre ha encontrado o descubierto diferentes caminos para satisfacer su necesidad de identidad. El proceso de identidad está condicionado históricamente. En condiciones ideales puede desarrollar el sentimiento de identidad a través de la afirmación de la propia individualidad. En condiciones algo más desfavorables creará un sentimiento de identidad a través de la identificación con su raza, nacionalidad, religión, etc. Si el hombre no puede superar el estado pre-individual, porque por ejemplo, su madre no estimula y permite su tendencia a la autonomía, entonces ese hombre no podrá decir “yo”.

**Necesidad de trascendencia.** El hombre trasciende la naturaleza a través del simple hecho de ser hombre. Es una forma “pasiva” de trascender, pero necesita también una forma “activa”: Necesita superar el sentimiento de ser traído al mundo sin su voluntad y su deseo como por azar; necesita tomar las riendas de su existencia y convertirse en su propio creador.

**“Patología Clínica” y “Patología de la Normalidad”.**

“Nuestro concepto de salud mental depende de nuestro concepto de naturaleza del hombre” (E. Fromm)

Esta frase, supone una declaración de principios, sobre la necesidad de dotar al psicoanálisis de una base antropológica. Fromm también establece que atender a los requerimientos y “funcionar” según las normas de una sociedad dada NO es sinónimo de salud mental. Se distancia entonces de la identificación de la normalidad con la salud

mental. Si los integrantes de una sociedad funcionan bien y se adaptan, pero al mismo tiempo se aburren, beben demasiado, se drogan, pasan largas horas frente a la televisión y no pueden gestar su vida de manera creativa y espontánea, entonces la conclusión es que ocurre algo poco saludable.

En analogía al concepto de carácter social versus carácter individual Fromm formuló un concepto, “el defecto socialmente determinado” que posibilita hacer una distinción entre neurosis individual y aquellos fenómenos colectivos, que no son considerados en principio neuróticos. Algunas escuelas psicoterapéuticas distinguen en este sentido entre “patología clínica” y “patología de la normalidad”. Si la mayoría de los individuos presenta un defecto socialmente predeterminado, ocurre lo siguiente: “el individuo no lo percibe como un defecto, y su seguridad no peligra por tener la sensación de sentirse diferente, un marginal. Lo que puede perder en cuanto a su riqueza interior y a su verdadero sentimiento de felicidad será compensado por la seguridad que le da el sentimiento de pertenecer al grupo.

### **8.11 Luis Cencillo (1923-2008)**

Para Cencillo, la *salud psíquica* es una realidad humana densa en parámetros y compleja en sus procesos. Comprende tres dimensiones simultáneas:

- A) Integración de componentes de personalidad
- B) Movilización de impulsos coordinados
- C) Canalización de energías, adecuadamente, hacia la realidad.



La salud psíquica se concreta en una serie indicativos articulados, que forman una totalidad de elementos convergentes, que corresponden a cuatro niveles: Emocional, práctico, cenestésico y existencial. Estos niveles o focos, aunque están íntimamente relacionados, describen los índices de salud de forma objetiva y observable.

**1.- Nivel emocional:**

- 1.1.- Ausencia de angustia, ansiedad, depresiones y otras emociones negativas y perturbadoras.
- 1.2.- Capacidad de empatía positiva, de fruición de las realidades y de porosidad afectiva controlada, en sus relaciones con el medio.
- 1.3.- Capacidad de relación afectiva adulta con otras personas, sin proyecciones ni narcisismo infantil, sin temores paralizantes al riesgo y al compromiso.
- 1.4.- Bienestar psíquico difuso que prevalece sobre las experiencias objetivamente negativas de realidades adversas.
- 1.5.- Afectos de plenitud y libertad en los sueños que, al final de la terapia, son numinosos y ricos en símbolos positivos.

**2.- Nivel práctico:**

2.1.- Productividad generalizada:

- a) Proyectos viables y adaptados a las posibilidades, audaces, pero no ilusorios.
- b) Control del tiempo.
- c) Energía bien canalizada hacia las realizaciones.
- d) Adaptación racional de los medios a los fines, con elasticidad y capacidad de fruición en el trabajo.

2.2.- Concentración mental.

2.3.- Articulación controlada y congruente de las situaciones con las exigencias objetivas de la realidad.

2.4.- Independencia afectiva y objetiva de la autoridad.

2.5.- Orientación autógenamente ética, sin culpabilidad, con capacidad de asumir lúcidamente las propias responsabilidades y de consecuencias.

### **3.- Nivel cenestésico**

3.1.- Potencia sexual, capacidad de orgasmo y de comunicación personal mediante estos registros.

3.2.- Ausencia de somatizaciones.

3.3.- Bienestar físico difuso -aun a pesar de dolencias localizadas- o ausencia de malestar generalizado.

3.4.- Normalización del funcionamiento de los aparatos digestivo, respiratorio y perturbaciones cutáneas.

3.5.- Normalización del sueño.

### **4.- Nivel existencial:**

4.1.- Auto identidad y aceptación de lo propio (positivo o negativo) sin deseos de sobrecompensación simbólica.

4.2.- Vivencia de seguridad moderada sobre la base de ser *sí mismo*.

4.3.- Adaptabilidad dialéctica al cambio situacional.

4.4.- Elasticidad en las relaciones sociales "haciéndose cargo" de lo ajeno, y en la prosecución de los propios intereses, con porosidad para las exigencias objetivas.

4.5.- Capacidad de síntesis y de decisión.

4.6.- Centramiento asuntivo en lo propio y, respectivamente, lo ajeno.

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

4.7.- Autoposesión o dominio interno de la conducción lúcida de la propia conducta o existencia de un proceso constructivo y adaptado a cada una de sus fases.

Este conjunto de manifestaciones de la personalidad y de la conducta resulta objetivable, aunque no directamente medible. Sólo por analogía, se puede establecer una relación consistente entre los estados mentales y las cadenas semánticas que los describen. Puede producir un efecto de cierta complejidad, pero en la práctica, la salud psíquica, se intuye como una unidad simple que irradia en todas direcciones. Este repertorio de indicativos que propone Cencillo, sintetiza y actualiza las investigaciones de autores anteriores y perfila un modelo de personalidad adulta sana, que puede ser utilizado como lista de comprobación de los criterios de alta terapéutica. También puede ser utilizada como cuestionario auto descriptivo al principio de la terapia, para identificar los focos de inestabilidad y al final para comprobar los resultados. De aquí surgió la escala iSMOSS, Índices de Salud Mental Ortiz, Sedano & de Santiago.

### 9. ANÁLISIS DEL DISCURSO DEL PACIENTE (Cencillo, 1988)

Antes de proceder al análisis cualitativo del relato del paciente, para desvelar sus posibles componentes patológicos, es preciso anticipar una definición de discurso y una reflexión sobre la información y la significación, tratando de explicar por qué la significación excede el contenido del discurso, triplemente contextualizado en (1) una situación participada, (2) un encuadre determinado y (3) unos marcos de referencia. También es conveniente hacer una breve referencia a los factores que intervienen en la elaboración de la información, ahondando finalmente en la significación en el habla y en el lenguaje.

Siguiendo a Cencillo (1988, I, p. 25) adoptamos como definición de discurso: “Proceso de elaboración dialéctica de contenidos mentales, vivenciales, afectivos y categoriales, en su exteriorización, potencialmente intersubjetiva, mediante códigos apropiados.” Para Ricoeur (1995), el discurso se produce como “suceso”: algo que ocurre cuando alguien habla. El discurso se realiza temporalmente y en el presente, porque el suceso consiste en la llegada al lenguaje de un universo a través del discurso. En este sentido, el discurso no sólo tiene un mundo, sino también tiene al otro, el suceso es el fenómeno temporal del intercambio, el establecimiento del diálogo, que puede iniciarse, prolongarse o interrumpirse.

La naturaleza de la información que se transmite va más allá de los hechos y de las intenciones conscientes; comprende también los deseos, necesidades, relaciones, calificaciones, pautas, enmascaramientos y estados subjetivos, intersubjetivos y

objetivos. En este sentido, Heidegger (1983) afirma que lo que entendemos primero en el discurso no es otra persona, sino *el esquema de una nueva forma de ser en el mundo*.

Como tendremos ocasión de ver en detalle, el discurso del paciente, en cuanto discurso patológico delata inconscientemente lo que pretende ocultar con todo cuidado, pero expresa como “acto fallido” y “doble vínculo”, (Jackson, Bion); por tanto, desde la pragmática del lenguaje, no es un “discurso fallido” (Laguna, 1993) más bien se trata de todo lo contrario, es un discurso que desborda significación.

### **9.1 Información y significación**

Conviene aquí deslindar los términos información y significación, para referirlos con más detalle. La información es producto de cuatro factores (Cencillo, 1988):

- 1.- PERCEPCIÓN de los hechos, estados y relaciones por el informante.
- 2.- ELABORACIÓN mental de lo percibido en unidades noéticas transmisibles.
- 3.- CODIFICACIÓN del discurso, al ser emitido.
- 4.- DECODIFICACIÓN y proceso de integración de lo codificado en los sistemas categoriales del receptor.

De aquí podemos deducir que la calidad de la información resultante está en función de los parámetros, referencias y claves de comprensión del terapeuta en el proceso de decodificación del relato del paciente. Puesto que “información” sería todo aquello que en el momento de la decodificación se decantase como inteligible, sin llegar a ser plenamente controlado por el emisor. Si el terapeuta sabe escuchar, el paciente siempre dice mucho más de lo que quiere decir.

La significación, excede siempre el contenido del discurso, según Cencillo (1988, I) porque: “*no hay correspondencia lineal entre el orden de los referentes y el orden de los significados, las posibilidades expresivas y referenciales del lenguaje se amplían imprevisiblemente.*”

Siempre hay un *surplus* de significación (Ricoeur). Todo discurso se genera en una *situación participada* condicionado por un *encuadre* y determinado por unos *marcos de referencia*. El *encuadre* de esta situación participada condiciona la expresividad y la eficacia, y determina la validez del discurso. Puede definirse el encuadre como: “Conjunto de límites, condiciones, metas e intenciones subjetivas que condicionan la validez y el alcance del discurso y de sus términos.” Los marcos de referencia requieren un mayor detalle.

### **9.2 Marcos de referencia:**

- a) Marco cosmovisional
- b) Supuestos temáticos y usos del habla
- c) Áreas del discurso
- d) Niveles del discurso
- e) Metalenguaje
- f) Significación.

El *marco cosmovisional*, (Cencillo, 1988, I) es el primer y más amplio contexto pragmático del informante y está formado por los parámetros implícitos que configuran su sistema totalizador de “mundo”.

Cencillo (1988, I) distingue cinco clases de “usos”: lingüísticos, estamentarios, estratégicos, circunstanciales y expresivos. Mediante el uso estratégico, por ejemplo, el paciente modula lexicalmente el discurso de acuerdo con su intención de informar, persuadir, predisponer... Mediante los usos expresivos, amplifica o mitiga la manifestación de los afectos, opiniones y valoraciones, pero en este caso, se trata de usos paradójicos, porque amplifican lo modesto y en cambio mitigan lo más serio y extremo. También llaman la atención los usos circunstanciales, que regulan la expresión mediante estilos: irónico, lúdico, ingenuo, patético, redundante, etc...

Áreas del discurso:

*“La realidad en sí no es directamente accesible a la especie humana; en sentido fuerte **no está ahí**, sino que resulta de la cultura, la intersubjetividad y los paradigmas lingüístico-categoriales.” (Cencillo, 1988-I, p. 40)*

Es indispensable manejar como referencia ineludible el área concerniente a cada campo de objetos y a cada tipo de enfoque. Así, no es de extrañar que los lectores no iniciados en un determinado enfoque, por ejemplo el psicoanalítico, puedan descalificar como absurdo o sin sentido el análisis del discurso del paciente, en lugar de limitarse a decir que no son competentes para realizar esta valoración.

Cencillo distingue ocho áreas culturales y en cada una de ellas diferentes tipos de discurso. En consecuencia, una cuestión es que algunas áreas puedan generar discursos más cualificados epistemológicamente, y otra cuestión diferente es pretender que sólo un único tipo de instauración del discurso, por ejemplo científico-experimental, sirva para todas las áreas, que enumeramos: (1) vulgar-anecdótica (2) vivencial (3) práctico-

normativa (4) mítico-simbólica (5) histórico-evolutiva (6) metafórico-poética (7) lógico-filosófica (8) modélico-científica.

Considerando las dos primeras áreas, es necesario afirmar que una menor cualificación epistemológica no significa necesariamente menor capacidad informativa y expresiva, o menor influencia en la constitución del mundo humano, sino sencillamente que carecen de lenguaje canónico y paradigmas formalizados; pero son las que contienen las manifestaciones más inmediatas y reales y más arraigadas en la vida inconsciente y pulsional, conformando la esfera de lo relacional propiamente dicho, y por tanto, a pesar de su menor cualificación epistemológica, resultan las más adecuadas para el análisis del discurso del paciente en sus diferentes tipos y así:

En el **área vulgar anecdótica o discurso de la interacción personal**, se observan los siguientes tipos de discurso, entre otros: a) del afecto, b) de la coordinación, c) lúdico, d) familiar, e) indigencia y demanda, f) resentimiento, g) protesta, h) asertividad.

En el **área vivencial**: a) existencial, b) pulsional, c) autorrealización (proyectos, deseos, intenciones) d) anticipación de la fantasía, e) intimación inconsciente, f) contemporización (indiferencia, defensa, enmascaramiento).

Todo este conjunto de discursos se funden en un único discurso “natural” que rara vez se reduce a un solo tipo. Las áreas culturales confieren validez referencial y estructuran los modos específicos de constituirse y de significar de cada discurso.

**d) Niveles del discurso.**



El discurso humano en general y el discurso del paciente en la sesión de psicoanálisis en particular cumple muchas más funciones que transmitir información o formalizar conceptos. Además de informar, expresa, enmascara, filtra, canaliza impulsos, retroalimenta las vivencias, comunica y conecta subjetividades, las drena y las vertebra. En unos niveles parece controlado por el emisor, en otras hace que el emisor exprese más de lo que desea.

Esta compleja combinatoria de posibilidades resulta de las funciones del discurso, (Cencillo, 1988, I: 44) considerando simultáneamente tres enfoques, tres niveles de configuración y seis niveles de contenido, que dan lugar a unos cuarenta tipos de discurso, considerados no exhaustivamente:

**-Los enfoques** se refieren a:

- A.- El grado de control intencional: Consciente, Preconsciente, Inconsciente.
- B.- El tipo de instauración creacional: Colectivo, Reactivo, Productivo.
- C.- El modo de formalización: Lógico-gramatical, Estilístico, Estético, Personalizador, Socializador.

**-Los niveles de configuración:**

a) Analógico, b) Digital, b1) Verbal conceptual, b2) Verbal aconceptual

**-Los niveles de contenido:**

- Intencional expresivo consciente
- Intencional negativo consciente
- Preintencional consciente: Implícito.
- Inconsciente expreso: Tendencias, deseos, enganches...
- Inconsciente negado: Reprimido.

- Contenido inconsciente connotado.

En el control intencional **consciente** es una propiedad característica del habla evitar las designaciones directas, aplicando un control intencional consciente, combinando las estrategias expresiva, informativa, enmascaradora y evasiva, gracias a los juegos lexicales y retóricos.

**Preconsciente** es el territorio intermedio entre lo consciente y lo inconsciente. Lo que habiendo sido consciente cayó en el olvido y lo que emergiendo de lo inconsciente puede llegar, laboriosamente, a hacerse consciente.

**Inconsciente** es la vida psíquica menos controlable, ignorada por el sujeto, no susceptible de exploración directa sino por una hermenéutica psicoanalítica, capaz de descifrar lo simbólico y lo imaginario, en relación con los impulsos, fantasmas y mecanismos de defensa.

El ***campo de significación*** está constituido por: 1) un encuadre, 2) un nivel de discurso o “tipo lógico” y 3) un orden de referentes específico.

En el estudio descriptivo del discurso del paciente que planteamos en esta tesis, delimitamos cuatro campos de significación bien definidos, que corresponden a los índices del iSMOSS: a) emocional, b) práctico, c) corporal, d) existencial. El encuadre está determinado por la libre asociación, que confiere validez al discurso del paciente, dentro de las sesiones de psicoterapia psicoanalítica.

Cada tipo de discurso supone un metalenguaje específico que rige los posicionamientos, la actitud, el “lugar” desde el que se emite el discurso. Los procesos pulsionales y las

asociaciones inconscientes constituyen una comunicación regida por sus correspondientes metalenguajes, que suponen el inicio de una nueva revolución epistemológica que se origina como lugar de encuentro privilegiado entre la teoría general de sistemas, la pragmática del lenguaje, la hermenéutica analógica y el psicoanálisis de base antropológica.

### 9.3 La significación

La conducta humana se caracteriza, ante todo y sobre todo, por “significar” orientarse por significados, producir objetos, acciones o ficciones que signifiquen y para que signifiquen: El primero y más característico de los objetos culturales es el discurso hablado o “acto de habla”. (Heidegger, 1987): *“Hablar es expresar (...) Presupone un interior que se exterioriza.”*

Podemos entender la significación como inclusión de un conjunto estimular (cosa, hecho o contenido vivencial) en un conjunto sistémico o encuadre paradigmático de **cadena semánticas**, en un doble proceso de inversión: semiótica y semántica:

- La inversión semiótica conecta un significante con la cadena significante.
- La inversión semántica genera un nuevo significado por el que el hecho o la cosa adquieren una nueva identidad en cuanto “significan”.

La *significación* es todo el proceso, el *significado* es sólo el resultado final. Es el resultado de una vinculación sistémica de un significante o una realidad concreta, con los demás significantes de la cadena de significación:

- La *referencia* es la relación de los significantes con un proceso real.
- La *designación* es cada uno de los momentos particulares de la relación referencial.

-La *denotación* es la relación intra\_sistémica de diversos significados.

-La *connotación* es la relación inter\_sistémica de diferentes áreas de significación.

-La *verdad*, en relación con la significación, “*es la captación subjetal, en forma de relación lógica predicativa, de una trama de relaciones referenciales que, a través de los significados debidamente referidos, resulta de una experiencia o de una sistematización teórica*”. (Cencillo, 1988, I: 98)

### **9.3.1 La significación en el habla.**

En el habla, interactúan cinco órdenes de realidad:

1. Referentes reales: personas, cosas, hechos, procesos.
2. Referentes objetivos: paradigmas, sistemas, cadenas semánticas.
3. Estructuras formales: lógicas, sémicas, práxicas.
4. Procesos psíquicos: mentales, afectivos, pulsionales, expresivos impresivos, simbólicos, prácticos, identificativos, proyectivos.
5. Canales comunicacionales: códigos, redes de interacción, montajes, usos sociales.

#### **-Factores normativos del habla:**

- a) Fonomórfico: Constitución del signo sensible, significante.
- b) Sintáctico: Articulación ordenada con otros signos en unidades de significado.
- c) Lógico: Congruencia de los contenidos.

#### **-Factores significacionales del habla:**

- a) Constitución de los semantemas
- b) Concatenación en cadenas semánticas: dinámica asociativa de significados incoados.
- c) Connotaciones y denotaciones.
- d) Designaciones referenciales pragmáticas.

- e) Decantación noemática: Constitución de conceptos con significado preciso, inteligibilidad de los enunciados y delimitaciones categoriales.

Estos factores significacionales se hallan regidos por dos principios, que explican su **dinámica funcional**:

- A. **Autonomía sémica**: El significado no procede nunca de los “referentes reales”, sino a la inversa: estos resultan ser producto de la función sémica.
- B. **Denotación sistemática**: Los factores paradigmático y sintagmático, en cuanto estructuralmente formales, no producen por sí mismos el significado sino sólo la calidad y precisión del signo significante. El significado se origina de la dinámica denotativa y connotativa de otras funciones y factores no sígnicos.

La dinámica mental funciona a base de constelaciones noéticas de unidades de significado, por medio de *cadena de posibilidades de significación*. Estas unidades objetivas de significación son un complejo producto del proceso evolutivo de la especie, de una decantación de vivencias afines, en referencia de paradigmática de los sistemas culturales: mitos, rituales, tradiciones, utopías...

Los semantemas son unidades noéticas imprecisas, consideradas individualmente, que mediante la asociación de dos o más semantemas, en una **cadena semántica**, cristalizan en un concepto. Su posición serial, dentro de la cadena, determina su capacidad de significar.

### 9.3.2 La significación en el lenguaje

Cencillo (1988, I) explica la capacidad de significar del lenguaje, partiendo de una indefinida combinatoria de cadenas semánticas:

*“Hay que partir del hecho cierto de que la mente humana, que es generalizadora, abstractiva, simbolizadora y sistémica a la vez, tiene la propiedad constitutiva de hallarse potencialmente abierta a cualquier conjunto*

TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

---

*o conjunto de conjuntos, en presencia potencial difusa de amplias zonas de realidad, no actualmente perceptibles en el momento dado del proceso cognitivo.”*

Esas presencias potenciales, difusas y a veces anticipatorias (antes de que el *objeto* se perciba o se constituya) son capaces de irse articulando en cadenas semánticas, indefinidamente subdivisibles en unidades siempre más precisas de significación, hasta poder denominar y registrar el más insignificante matiz e incluso las individualidades en cualquier área. A esta propiedad de captación precisa de lo real, previa a la sensación, es a lo que Cencillo (1973, 1975, 1977, 1978) denomina: INCONSCIENTE RADICAL.

La indefinida capacidad de combinación de las *cadena semánticas* genera las especificaciones y totalizaciones de la significación racional en el lenguaje.

La racionalidad resulta de la interacción de tres factores:

- A. Referibilidad de la parte al todo.
- B. Articulación semántica de la experiencia.
- C. Variabilidad gradual e indefinida de enfoques.

Así, se origina la dinámica mental, en su capacidad de organizar y controlar la realidad, de expresar y referirse a los objetos, incluso los nunca experimentados y sólo pensados o imposibles, absurdos y paradójicos, de modo que en cada caso los enunciados tengan sentido prescindiendo de cualquier orden real. La especie humana, a través de la significación del lenguaje, trasciende el tiempo, el espacio y los modos de existencia y se hace capaz de superar el acoso somático de lo concreto.

*“El centro de gravedad de la especie humana no está en sus ritmos biológicos, sino en las síntesis significacionales que construye.”* (Cencillo, 1978, I)

La dialéctica de las partes con el todo es esencial a la inteligencia del proceso de significación. Y la carencia de referibilidad dialéctica genera patologías. Lo presente aparece relacionado con lo ausente, pero lo ausente gravita como totalidad. Por ejemplo, la relación dialéctica del relato del paciente –parcial y presente- con su biografía –total y ausente.

(1) Comprender, (2) definir, (3) identificar, y (4) denominar) son las cuatro operaciones lógico-lingüísticas de localización en un todo sistémico y contextual. El lenguaje supone la totalidad de las coordenadas de localización y su esencia, consiste en la trama potencial de cadenas semánticas. El significado, por tanto, no resulta de la conexión semantema-objeto, sino de la relación de la parte con el todo, mediante su referencia al conjunto de todos los significantes potenciales, sistemáticamente connotables. Sin cadenas semánticas, el lenguaje no podría superar su condición de “sistema de señales” y la conexión entre “palabra” y “cosa” sería arbitraria y discontinua. En cambio, SIGNIFICAR, consiste en elaborar cadenas semánticas en contextos y meta\_contextos sistémicos, en relación dialéctica con un todo potencial.

La mente humana, por su propia naturaleza, se halla abierta a diversos campos, dimensiones y modos de dación de la realidad; se halla en estado de permanente disponibilidad y no atiende a la dispersión sino a la integración, porque la mente focaliza una posible reconstrucción del todo en cada parte.

**“La gravitación ausente de la totalidad”** es para Cencillo una de las siete coordenadas epistemológicas que plantea en su sistema, de modo que el conocimiento humano opera

mediante una “*trans\_presentación sistemática*” de los estímulos, organizándolos en objetos concretos e inteligibles, en un triple proceso simultáneo:

- a) Fijación objetal localizativa.
- b) Fijación conceptual categorizadora.
- c) Fijación representacional expresiva.

Resultando así de mayor relieve real y mayor efectividad las palabras que las cosas.

Este es el fundamento epistemológico de la posibilidad de curar por la palabra, a través de la capacidad de significación en relación a una totalidad ausente, que requerirá para su comprensión de una hermenéutica especial: La hermenéutica psicoanalítica.

#### **9.4 Hermenéutica psicoanalítica**

La hermenéutica es el viejo arte y la nueva ciencia de la interpretación de textos, entendiendo por interpretación la comprensión en profundidad y por “texto”, el fragmento de discurso hiper\_frásico, -de más de una frase-, que va más allá de la palabra y el enunciado. “Texto” es también el diálogo (Gadamer) y la acción significativa (Ricoeur).

Podemos distinguir diferentes tipos de hermenéuticas. Mientras que la hermenéutica univocista pretende una interpretación única del texto, sin dejar lugar a otras interpretaciones, que pasan directamente a ser consideradas como falsas y la hermenéutica equivocista es un relativismo que pretende que la mayoría de las interpretaciones posibles son verdaderas, trivializando y haciendo innecesaria la interpretación, la hermenéutica analógica, que es la que más conviene como método científico al psicoanálisis, se sitúa en el término medio, sin alcanzar la exactitud de lo



unívoco, pero sin incurrir tampoco en la ambigüedad de lo equívoco, aunque muchas veces sean varias las interpretaciones válidas en un horizonte de posibles significados, por lo que la analogía se aleja de lo unívoco.

La analogía fue introducida en el pensamiento occidental por los pitagóricos (S. VII a.C.) como proporción, para resolver no con exactitud, pero sí *de manera suficiente* los problemas con los números irracionales. Desde entonces, Platón, Aristóteles y muy especialmente Sto. Tomás de Aquino utilizaron extensamente la analogía.

La analogía es el camino del medio entre lo unívoco y lo equívoco. Lo unívoco es un modo de significar lo totalmente idéntico, lo claro y lo distinto. Equívoco es el modo de significar lo diferente, lo obscuro y lo confuso. Lo analógico participa simultáneamente de la identidad relativa y de la diferencia relativa, sujeto a algún modo de semejanza, aunque predominen las diferencias.

Muchas cosas, especialmente los datos objetivos culturales, como lo inconsciente, por ejemplo, sólo admiten un conocimiento analógico, pero este es el que les resulta adecuado y suficiente. La hermenéutica analógica, que es el método propio de interpretación del psicoanálisis, abarca todo el espectro de los diferentes tipos de proporcionalidad y de atribución; va más allá de la hermenéutica metafórica de Ricoeur.

Para Pierce la analogía es iconicidad. Divide el signo en: (1) índice, (2) símbolo, (3) icono. El primero es unívoco, el segundo equívoco y sólo el tercero plenamente analógico. Además también divide el símbolo en tres: (a) imagen (b) diagrama y (c)

metáfora. La imagen corresponde a la metonimia, en el otro extremo de la metáfora y en el medio el diagrama.

La hermenéutica psicoanalítica es una hermenéutica analógica que oscila entre el univocismo del cientifismo -y no conviene demasiado cientifismo al psicoanálisis- y el equivocismo del relativismo, del que también debe alejarse para poder dar razón de su tarea interpretativa *de manera suficiente*. La finalidad del acto interpretativo es la comprensión, que generalmente se da en paralelo con la contextualización: Poner el texto en su contexto.

Es posible que un fragmento de la oración personal de Sto. Tomas de Aquino en el que pedía “*sutileza para interpretar*”, haya influido en Mauricio Beuchot (2005) también dominico, y posiblemente la primera autoridad actual en hermenéutica, para exponer que es precisamente la *sutileza* la metodología de la hermenéutica analógica, distinguiendo tres clases:

- i. *Subtilitas implicandi* – Semántica: Significado textual.
- ii. *Subtilitas explicandi* – Sintaxis: Significado intertextual.
- iii. *Subtilitas aplicandi* – Pragmática: Significado contextual.

De este esquema se derivan tres tipos de verdad hermenéutica:

- A. Verdad sintáctica: como pura coherencia.
- B. Verdad semántica: como correspondencia entre los enunciados y la realidad
- C. Verdad pragmática: como convención entre los hablantes.

La hermenéutica analógica (M. Beuchot, 2005) no es sólo una propuesta metodológica, sino un modelo teórico y epistemológico. Es la epistemología que conviene al psicoanálisis de base antropológica, en la búsqueda del “significado analógico”, que es

el que tiene un término cuando designa varias cosas, de manera en parte igual y en parte diferente, pero predominando la diferencia.

Paul Ricoeur ha sido el primero en reflexionar sobre el psicoanálisis desde el enfoque hermenéutico, buscando situar lo que comprende “el texto ampliado” en su “contexto”. Entendiendo por “texto ampliado” todo tipo de expresiones orales, escritas y acciones significativas.

Podemos definir una secuencia de cuatro operaciones de la hermenéutica psicoanalítica:

La primera operación del analista, derivada de la distancia simbólica:

**1) DISTANCIAMIENTO HERMENÉUTICO.**

El relato ya no pertenece al paciente, ya no pertenece a su cultura, ya no pertenece a su destinatario. Reconocer la autonomía del “texto” es una precondition que nos permitirá recuperar lo que es alcanzable de objetividad en la interpretación. Así, el analista se enfrentará a las expresiones del analizado sabiendo que aunque no llegará a una compenetración plena y perfecta, puede confiar en la sobreabundancia de significación que desborda los límites objetivos del texto.

La segunda operación del analista, derivada de la contratransferencia:

**2) ACERCAMIENTO SUBJETIVO**

Consiste en tomar conciencia de que el analista conoce desde su subjetividad, considerada como aquello por lo que un sujeto personal y concreto es tal, presentando los siguientes factores (1) personales y (2) sociales:

**En su intimación personal:** Inconsciente radical, vida inconsciente pulsional, afectos, tendencias, deseos, indigencias, intereses, memorias, aprendizajes, cadenas semánticas incorporadas, aparato paradigmático-lógico y focalizaciones.

**En su radicación colectiva:** Contagios emocionales, actitudes, vigencias, usos, instauraciones institucionales, estados de opinión, sistemas objetivos.

Teniendo en cuenta la complejidad que presenta la subjetividad parece evidente la necesidad de pasar por un largo proceso de análisis para poder ejercer como analista.

La tercera operación del analista, basada en el monólogo del paciente.

### 3) LA CAPTACIÓN DEL SENTIDO DEL TEXTO

Esta operación se produce aproximando dos términos, -la comprensión y la explicación- considerados como excluyentes por pertenecer a ámbitos diferentes. Mientras que la comprensión es propia de las llamadas “ciencias del espíritu” en oposición a las “ciencias de la naturaleza”, que proporcionan explicaciones, y que tradicionalmente se han visto como términos incompatibles, dada la división de las ciencias, establecida por Dilthey, a finales del S. XIX.

El psicoanálisis, desde la epistemología que le es más adecuada en su tarea interpretativa, la hermenéutica analógica, al considerar diferentes niveles de significado, que originan múltiples sentidos, realiza una “explicación estructural” que amplía la comprensión del texto.

La cuarta operación del analista, en clave pragmática.

### 4) “REFERENCIA”: APERTURA DEL TEXTO AL MUNDO.

En toda interpretación, después del primer momento de sentido, que se da en la organización interna del texto, que el paciente “cierra”, se da un segundo momento de referencia que el texto “abre”. Ese mundo puede ser real, del ser; deseado, del querer ser; ficticio, del poder ser; y ético, del deber ser.

El analista encuentra un mundo en el texto al que se dirige el deseo inconsciente.

Este deseo inconsciente está en relación con la verdad hermenéutica en psicoanálisis, y su verificación consiste en la mejoría del paciente, no sólo como resultado utilitario o praxis profesional del analista, sino integrando otros criterios, como la capacidad de dar coherencia al relato del paciente, desde los indicadores de salud mental que proporciona la teoría, la posibilidad de comprobar la evolución de los diferentes focos de conflicto, la valoración cualitativa de las cadenas semánticas en las expresiones del paciente, la posibilidad de codificar y valorar las intervenciones del terapeuta y la posible repercusión de sus interpretaciones en la vida, la salud y el bienestar del analizado.

### **9.5 Referencia y verificación contextual**

La verificación obtenida a través del mundo de los referentes del analizado y de los cambios que se van produciendo, tanto en los referentes como en el propio analizado a lo largo del proceso, nos hablan del sentido hermenéutico de la verdad en psicoanálisis, que va más allá de la verdad como “adecuación de la mente y la cosa” y de la verdad como “coherencia” y deviene en una verdad práctica, capaz de generar un nuevo sentido, desde la lucidez y la libertad, en la vida del analizado.

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

Cencillo (1988, II: 33) distingue cinco tipos de referencia que operan simultáneamente y son anteriores a los conceptos de “significado” y “verdad”: (1) Temática, (2) paradigmática, (3) intencional, (4) práxico-situacional y (5) factual.

La referencia, hecha en condiciones paradigmáticamente correctas, valida el discurso y sus enunciados, distinguiendo siete tipos de referentes:

1. Hechos, situaciones y estados de cosas.
2. Objetos materiales.
3. Relaciones, posibilidades, proyectos.
4. Hipótesis, proyectos y situaciones hipotéticas.
5. Sistemas.
6. Estructuras
7. Otros discursos.

En resumen, la referencia está constituida por relaciones, sistemas y procesos práxicos y no por objetos, que en su consistencia real, natural, artificial y cultural, presentan una efectividad constituida por los siguientes factores:

- a. Energía: física y psíquica.
- b. Estructura: natural y artificial.
- c. Función: cognitiva y práxica.
- d. Significado: cultural y simbólico.
- e. Valor: que resulta de la función y el significado e impone comportamientos al grupo.

La hermenéutica analógica proporciona al psicoanálisis un modelo epistemológico adecuado, completando las tres dimensiones semióticas:

**Dimensión sintáctica:** Búsqueda de coherencia en el relato del analizado, resemantizando el pasado y planificando el futuro. *“De la arqueología a la teleología”*.

**Dimensión semántica:** Búsqueda de correspondencia entre los contenidos significativos del relato y la vida del paciente.

**Dimensión pragmática:** Prueba de las interpretaciones en los resultados prácticos del analizado. (Mejoría, crecimiento, libertad y plenitud de realización).

### **9.6 Conclusiones epistemológicas de la hermenéutica psicoanalítica.**

Según la autorizada opinión de Ricoeur, la reconstrucción del fondo epistemológico que realiza Mauricio Beuchot, libera la discusión sobre el psicoanálisis de las ideas quiméricas de aquellos que pretenden que imite a toda costa a las ciencias duras, apartándolo, esperemos que definitivamente, del rigorismo verificacionista.

Otra antinomia que supera esta epistemología es la oposición entre “explicación” y “comprensión”; tanto por el camino de la “explicación estructural” de los niveles – jerarquía de los analogados- que propone Beuchot, como por la afirmación de Ricoeur de que “la interpretación es una explicación”.

En tercer lugar – y también en opinión de Ricoeur- Mauricio Beuchot nos lleva a descubrir en la correcta intelección de la epistemología psicoanalítica la verdad contextual de la hermenéutica analógica, que se expresa en la capacidad de reorganizar la vida desde la reconstrucción de un relato coherente y aceptable de sí mismo.

## MARCO METODOLÓGICO

### 10. ÍNDICES DE SALUD MENTAL ORTIZ, SEDANO & DE SANTIAGO. EL CUESTIONARIO ISMOSS (2013) Versión revisada.

#### 10.1 Justificación teórica del cuestionario íSMOSS

El cuestionario iSMOSS cuantifica analógicamente cinco factores de salud positiva: Cuatro corresponden a los campos de significación en relación con la salud psíquica y el quinto es la resultante de los anteriores. Un dato que resume y simplifica la idea de salud en cuatro zonas, de menor a mayor puntuación: a) Daño psicológico; b) inestabilidad; c) buena salud; d) compensación narcisista. No mide rasgos psicopatológicos, sino que sirve para identificar los núcleos de conflictividad y el potencial de desarrollo de la personalidad. Para Cencillo, la *salud psíquica* es una realidad humana densa en parámetros y compleja en sus procesos que se concreta en los 5 niveles que hemos citado anteriormente y comprende tres dimensiones simultáneas:

- A) Integración de los componentes de personalidad
- B) Movilización de impulsos coordinados
- C) Canalización de energías hacia la realidad

Entre los componentes de la personalidad, destacan los aspectos inconscientes. La escala ismos (Ortiz, Sedano & de Santiago) consta de 32 ítems agrupados en cinco factores o índices, de ocho elementos cada uno, que miden el ajuste psicológico. Cada ítem se califica en una escala de 4 puntos (0 = casi nunca, 3 = siempre) y las puntuaciones más altas indican un mejor ajuste.



**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

Para realizar el estudio de fiabilidad de la escala iSMOSS, se aplicó el cuestionario a una muestra n=207 sujetos, de los cuales 133 correspondían a población clínica, en su mayoría con diagnóstico de patología dual; y 74 sujetos correspondían a población general, que en este caso en su mayoría eran estudiantes de psicología y psicoanálisis, obteniendo los siguientes resultados:

### **10.1.1 Análisis de la fiabilidad de la escala iSMOSS**

Los niveles de fiabilidad de los diferentes factores de la escala, así como de la escala considerada globalmente, son satisfactorios.

Tabla 9. Análisis de la fiabilidad de la escala iSMOSS

<b>Factor</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>
<b>Emocional</b>	0,711
<b>Practico</b>	0,709
<b>Corporal</b>	0,578
<b>Existencial</b>	0,712
<b>Total iSMOSS</b>	0,889

Estos datos configuran un instrumento fiable, sencillo y práctico, al resumir en 32 frases un conjunto coherente y ordenado de indicativos de salud psicológica.

### **10.1.2 Análisis de la diferencia de puntuaciones promedio en función de la pertenencia al grupo general o clínico**

Se ha realizado un análisis de varianza. Se puede observar cómo en todas las dimensiones y en el total de la escala, en grupo clínico obtiene puntuaciones significativamente más bajas, lo que denota un peor ajuste.

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

Tabla 10 Análisis de la varianza

		N	Media	DT	ET	Mínimo	Máximo	F	Sig.
<b>Emocional</b>								34,542	,000
	General	74	16,09	2,71	,32	8,00	23,00		
	Clínica	133	12,95	4,14	,36	4,00	21,00		
<b>Práctico</b>								5,080	,025
	General	74	15,34	3,12	,36	6,00	22,00		
	Clínica	133	14,05	4,35	,38	2,00	24,00		
<b>Corporal</b>								44,473	,000
	General	74	16,09	3,28	,38	2,00	21,00		
	Clínica	133	12,48	3,97	,34	2,00	22,00		
<b>Existencial</b>								19,792	,000
	General	74	17,01	2,66	,31	11,00	23,00		
	Clínica	133	14,38	4,68	,41	4,00	24,00		
<b>iSMOSS</b>								33,712	,000
	General	74	64,54	8,64	1,00	32,00	87,00		
	Clínica	133	53,86	14,45	1,25	18,00	84,00		

### 10.1.3 Análisis discriminante

Se ha llevado a cabo un análisis discriminante a partir de los 207 casos válidos. La variable de agrupación ha sido el grupo de pertenencia (clínica vs. general) y se han incluido cada uno de los factores del iSMOS. El modelo con las cuatro variables ha resultado significativo (Lambda de Wilks=0,760; gl=4;  $p < 0,001$ ). La matriz de coeficientes estandarizados nos permite determinar la contribución neta de cada variable a la función discriminante. Así, podemos observar que la variable que más contribuye a diferenciar los grupos es el factor Corporal. A la vista de estos datos es posible indicar que la población general, manteniendo constantes el resto de las variables, puntúa más alto en la dimensión corporal, emocional y existencial y menos elevada en la dimensión práctica.

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

Tabla 11. Coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas

	Función
	1
Emocional	,660
Practico	-,593
Corporal	,713
Existencial	,168

En la matriz de estructura se encuentran los coeficientes de correlación brutos entre cada variable y la función discriminante. Las variables están ordenadas por el tamaño de la correlación con la función.

Tabla 12. Matriz de estructura

	Función
	1
Corporal	,829
Emocional	,731
Existencial	,553
Practico	,280

La Tabla de centroides indica que la población general obtiene, en términos generales, puntuaciones más elevadas que la población clínica.

Tabla 13. Funciones en los centroides de los grupos

Grupo	Función
	1
General	,749
Clínica	-,417

**10.1.4 Funciones discriminantes canónicas no tipificadas evaluadas en las medias de los grupos.**

Hemos calculado la probabilidad de pertenecer a uno y otro grupo, calculándolo según el tamaño de los grupos. En la Figura siguiente se ofrecen los histogramas de las puntuaciones discriminantes de los grupos general y clínico.

Se presentan a continuación los resultados de la clasificación (matriz de

Se puede apreciar cómo la población general es correctamente clasificada en el 63,5% de los casos mientras que la población clínica es correctamente clasificada en el 84,2% de los casos.

Se aprecia además que el porcentaje de clasificación correcto es superior para los casos clínicos que para los de la población general. En conjunto, la prueba clasifica correctamente el 76,8% de los casos.

TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

---

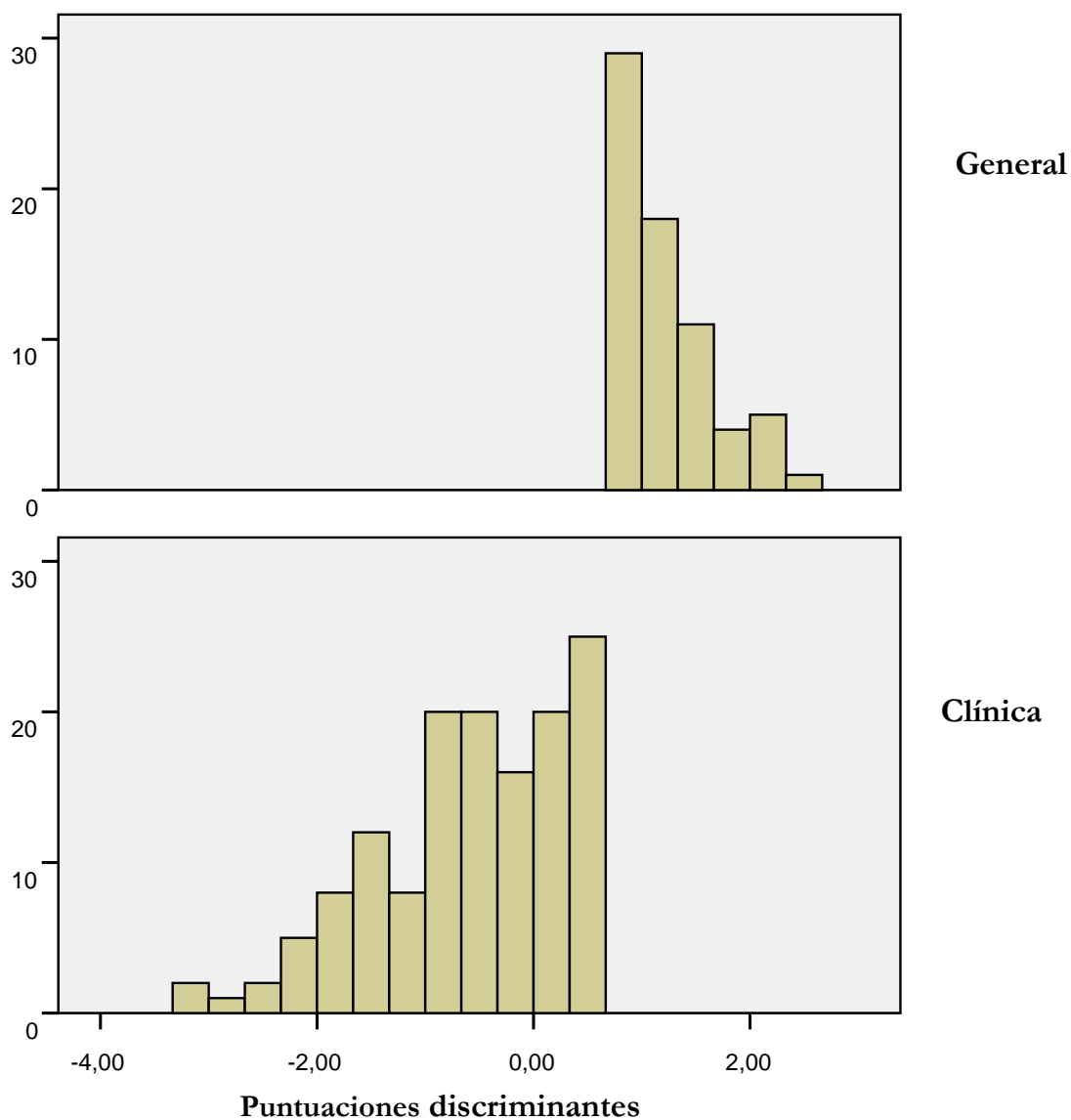


Figura 1. Histograma de las puntuaciones discriminantes de los grupos general y clínico

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

Tabla 14 Resultados de la clasificación

Grupo			Grupo de pertenencia		Total
			General	Clínica	General
Original	Recuento	General	47	27	74
		Clínica	21	112	133
	%	General	63,5	36,5	100,0
		Clínica	15,8	84,2	100,0

(a) Clasificados correctamente el 76,8% de los casos agrupados originales.

### 10.2 Descripción del cuestionario.

El cuestionario iSMOSS – Índices de salud mental Ortiz, Sedano & De Santiago (2013) R. se presenta en dos versiones, como un cuestionario de lápiz y papel y en versión web. En ambos casos, las instrucciones son: **“Estas frases se refieren a su forma de ser, de sentir y de actuar. Puntúe con sinceridad, según este baremo: 0=Casi nunca, 1=A veces, 2=Frecuentemente, 3=Siempre.”**

Y el cuestionario consta de los siguientes ítems:

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

Tabla 15. Items del cuestionario iSMOS

Items	Casi nunca		Siempre	
1 Tengo facilidad para comprender el estado de ánimo de los demás	0	1	2	3
2 Controlo bien el tiempo	0	1	2	3
3 Me acepto como soy	0	1	2	3
4 Disfruto de mi sexualidad	0	1	2	3
5 Mi estado de ánimo es alegre, tranquilo y pacífico	0	1	2	3
6 Duermo bien	0	1	2	3
7 Canalizo bien mi energía en proyectos realizables	0	1	2	3
8 Tengo sensaciones de plenitud y bienestar	0	1	2	3
9 Acepto bien los cambios que se van produciendo en mi vida	0	1	2	3
10 Puedo fijar mi atención y concentrarme en mis tareas	0	1	2	3
11 Establezco relaciones afectivas con facilidad	0	1	2	3
12 Me despierto con ganas de comenzar un nuevo día	0	1	2	3
13 Siento una seguridad moderada en mí mismo	0	1	2	3
14 Me gusta mi trabajo y soy bueno en lo que hago	0	1	2	3
15 Tengo sueños luminosos, con colores y movimiento	0	1	2	3
16 Acepto mis limitaciones, no necesito aparentar más de lo que soy	0	1	2	3
16 Acepto mis limitaciones, no necesito aparentar más de lo que soy	0	1	2	3
17 Antes de decidir, tengo en cuenta las circunstancias objetivas de la realidad	0	1	2	3
18 Mis relaciones eróticas son gratificantes	0	1	2	3
19 Soy capaz de establecer compromisos y mantenerlos	0	1	2	3
20 Me veo capaz de controlar y resolver situaciones difíciles	0	1	2	3
21 Cuando tomo decisiones tengo en cuenta los intereses de los demás	0	1	2	3
22 Cuido mi alimentación y hago ejercicio físico	0	1	2	3
23 Acepto de buen grado la autoridad de mis superiores	0	1	2	3
24 Los sentimientos positivos prevalecen sobre los negativos	0	1	2	3
25 No siento molestias digestivas, respiratorias o cutáneas	0	1	2	3
26 Me acepto como soy y deseo mejorar algunas cosas de mi personalidad	0	1	2	3
27 Controlo bien el tiempo y soy puntual.	0	1	2	3
28 Se cuidar de mis relaciones afectivas de amor, enamoramiento y amistad	0	1	2	3
29 Me visto con sencillez, no me gusta presumir	0	1	2	3
30 Tengo potencia sexual y capacidad de orgasmo	0	1	2	3
31 Con paciencia, voy construyendo los medios para alcanzar mis objetivos	0	1	2	3
32 No tengo miedo de asumir riesgos y adquirir nuevos compromisos	0	1	2	3

Estos 32 ítems se han obtenido de una detenida lectura de los indicativos de salud psicológica, al terminar el proceso terapéutico, que Cencillo expone en diferentes obras (Cencillo: 1974, 1986, 1992, 2000) y que retoma V. Ortiz en “*Los riesgos de enseñar: La ansiedad de los profesores*”, 2007. Sintetizan una idea unitaria de salud, que irradia en todas direcciones y se concreta en cuatro campos de significación, emocional, práctico, corporal y existencial; que también pueden referirse como cadenas semánticas, compartidas por los diferentes autores expuestos en el apartado cuatro, como indicativos de salud mental, según la siguiente clasificación:

### **10.3 Campos de significación del cuestionario iSMOSS**

Se describen aquí el conjunto de elementos que pueden servir como indicativos para la delimitación aproximada de cada uno de los cuatro campos de significación del cuestionario:

#### **EMOCIONAL**

- Agresividad
- Pasividad/Inhibición/Retraimiento
- Empatía
- Tranquilidad
- Actitud positiva
- Tolerancia
- Motivación para el cambio
- Sistema familiar
- Apoyo social

#### **PRACTICO**

- Normas personales/Limites definidos
- Competencia



**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

- Voluntad/Esfuerzo
- Afrontamiento
- Flexibilidad
- Relaciones sociales satisfactorias
- Compromiso
- Dependencia vs. Independencia

**CORPORAL**

- Insatisfacción sexual
- Estrés
- Experiencias individuales gratificantes
- Salud física
- Relaciones sexuales satisfactorias
- Auto-control
- Capacidad de intimidad

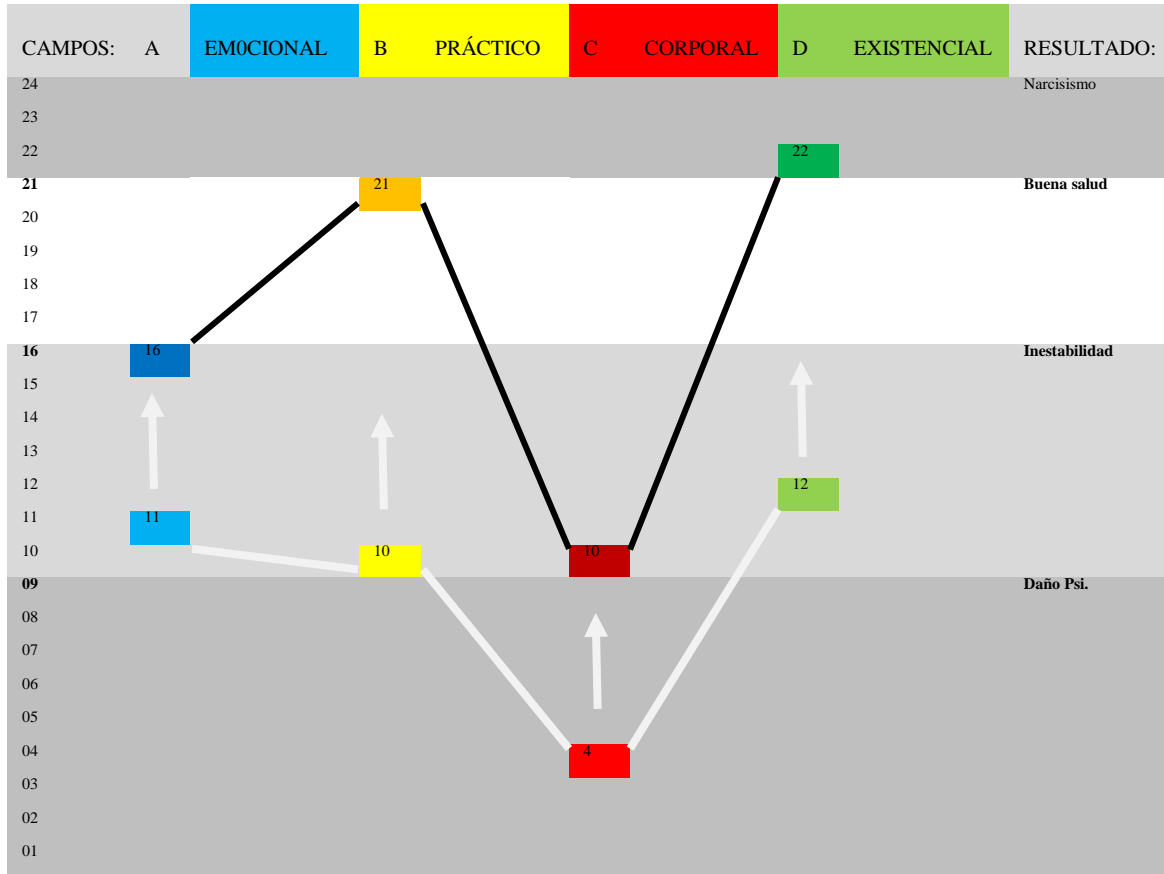
**EXISTENCIAL**

- Auto-conocimiento
- Auto-concepto
- Auto-estima
- Madurez
- Asimilación
- Confianza en uno mismo y en los demás
- Auto-realización
- Cogniciones (Positivas vs. Negativas)
- Seguridad
- Actitud realista/Objetividad
- Capacidad/Estrategias de afrontamiento

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

Tabla 16. Hoja de resultados del iSMOSS. Paciente E. Antes y después del tratamiento.

(Ejemplo)



Nota: Antes del tratamiento: línea blanca – Después del tratamiento: línea negra

Tabla 17. Hoja de resultados del ISMOS antes y después del tratamiento

	1-Daño Psi-36	37-Inestabilidad-64	65-Buena salud-88	89-Índice sobrepasado-96
Antes		37		
Después			69	

Nota: Índice Total = Suma de las puntuaciones de los 4 niveles: A+B+C+D

#### **10.4 Descripción de los índices de salud mental**

A.- ÍNDICE EMOCIONAL: Empatía, alegría, tranquilidad, facilidad para establecer relaciones afectivas, capacidad para establecer y mantener compromisos, predominio de los sentimientos positivos sobre los negativos, relaciones afectivas de amor, enamoramiento y amistad, capacidad de asumir riesgos.

B.- ÍNDICE PRÁCTICO: Control del tiempo y de los recursos personales, canalización de la energía en proyectos realizables, atención y concentración en las tareas, auto-eficacia, decisiones en función de las circunstancias objetivas de la realidad, capacidad de controlar y resolver situaciones difíciles, puntualidad y orden.

C.- ÍNDICE CORPORAL: Capacidad de disfrutar de la sexualidad, dormir con sueño profundo y reparador, sensaciones de plenitud y bienestar, despertarse con ganas de comenzar un nuevo día, relaciones eróticas gratificantes, alimentación adecuada, ejercicio físico, ausencia de somatizaciones (digestivas, respiratorias, cutáneas...) potencia sexual y capacidad de orgasmo.

D.- ÍNDICE EXISTENCIAL: Aceptación de sí mismo y de los cambios que se producen en la trayectoria vital, seguridad moderada y auto-identidad, aceptación de las limitaciones sin necesidad de aparentar más de lo que se es, tener en cuenta los intereses de los demás al tomar decisiones, vestirse con sencillez, construir con paciencia los medios para alcanzar los objetivos.

E.- ÍNDICE GENERAL: Es la resultante de los 4 índices anteriores.

En conjunto ha evolucionado de un iG=37 (inestabilidad) a iG=69 (buena salud).

Al analizar en conjunto los diferentes instrumentos de evaluación y considerando que todos los instrumentos pueden ser valiosos y complementarios, parece que el iSMOSS es el que puede reflejar de forma más precisa los cambios que se han producido después –y no necesariamente como consecuencia- del proceso de psicoterapia.

**Hoja de resultados: Puntos de corte y descriptores de los niveles**

La hoja de resultados presenta horizontalmente los cuatro índices, emocional, práctico, corporal y existencial y verticalmente la máxima puntuación que puede alcanzarse en cada índice (24 puntos) resultante de multiplicar los ocho ítems de cada índice por la puntuación máxima de cada ítem (3 puntos).

Aunque se trata de puntuaciones directas y acumulables en cada índice, hemos establecido un límite superior para delimitar lo que consideramos como “zona saludable”, en 21 puntos, sobre el total de 24, entendiendo que las puntuaciones 22, 23 y 24 pueden considerarse excesivas y pertenecen a una apreciación que podría considerarse como “narcisista” en un determinado índice o como un iG “sobrepasado” en el caso de que la puntuación total del cuestionario supere los 89 o más puntos sobre 96.

Establecer este punto de corte superior puede parecer más polémico, pero hay que tener en cuenta que puntuar todos los ítems con la puntuación máxima (24) podría considerarse como causa de invalidación de un cuestionario, puesto que no permitiría discriminar y nos remitiría a una exploración más profunda del entrevistado, para tratar de comprender las razones de sus respuestas.

Algo similar ocurre cuando la puntuación es máxima. El entrevistado ha percibido que las primeras respuestas son positivas y se siente en la obligación de puntuar al máximo en todas o en casi todas las respuestas. También puede ser que observe con cierto narcisismo alguno de los índices, o que se hay producido un “efecto rebote” al superar una crisis profunda y sentirse especialmente bien, como puede ser el caso de nuestra paciente, en el índice existencial.

La zona saludable está comprendida entre las puntuaciones 17 y 21 de cada uno de los índices, aproximadamente entre el 70% y el 80% de la puntuación máxima de cada índice y entre 68 y 80 del iG.. La zona de “inestabilidad” está comprendida entre 10 y 16 puntos, entre el 41% y el 66%.. La zona correspondiente al “daño psicológico” está entre 0 y 9 puntos. 37,5%

Tanto las puntuaciones como los puntos de corte de cada puntuación y los nombres que designan las diferentes puntuaciones tienen un valor meramente analógico.

### **10.5 Discusión de los resultados pre y post tratamiento del Caso E.**

Los resultados del caso E constituyen un paradigma de la evolución de los niveles de salud psicológica que pueden esperarse después de un tratamiento psicoanalítico.

#### **A.- ÍNDICE EMOCIONAL**

Puede observarse que aunque el índice emocional ha evolucionado positivamente en 5 puntos, desde 11 –próximo al daño psicológico- a 16, en el punto de corte de la zona saludable, parece que persiste una cierta inestabilidad. Es el índice que menos ha

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

variado después del tratamiento, pero lo más probable es que continúe evolucionando favorablemente al superar la fase internamiento en la comunidad terapéutica.

**B.- ÍNDICE PRÁCTICO**

Parece lógico que sea el índice que más ha variado, de 10 a 21 puntos, con una evolución positiva de 11 puntos, si tenemos en cuenta total descontrol de tiempo y los recursos personales, relatado en las sesiones, y el volcado total de su energía única y exclusivamente en obtener droga, antes del tratamiento. Durante los meses de tratamiento y gracias al programa aplicado por la comunidad terapéutica, ha conseguido sentirse útil, resolver situaciones difíciles y adquirir hábitos de puntualidad y orden.

**C.- ÍNDICE CORPORAL**

La paciente ha realizado un considerable esfuerzo, especialmente en cuanto a la aceptación de su propio cuerpo, pasando de una puntuación de 4 –grave daño psicológico en el índice corporal- a 10, que es la zona más baja de la inestabilidad.

**D.- ÍNDICE EXISTENCIAL**

Tomar conciencia de su situación existencial, tener la esperanza de poder volver a ocuparse de la educación de su hijo y recuperar de nuevo el cariño de su madre, pueden ser los factores clave para mostrar un claro entusiasmo en las últimas sesiones, que coincidían también con el final de periodo de comunidad. No es de extrañar que el índice más elevado al comenzar el tratamiento (12) sea también el más elevado al finalizar (22).

**10.6La entrevista iSMOSS**

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

El cuestionario puede utilizarse como guión para realizar una entrevista de evaluación en la que se pueden formular preguntas abiertas relativas a cada uno de los campos y después de precisar y matizar el significado de las respuestas el evaluador asigna las puntuaciones correspondientes a cada ítem, para tener un resultado fiable.

### **11. METODOLOGÍA PSICOANALÍTICA DE CASO ÚNICO: CASO ELISA**

Desde la época de Freud, la importancia de los diseños de investigación basados en la evaluación de un caso único ha sido trascendental en la historia de la investigación de la psicología clínica. En principio porque en psicoanálisis “todos los casos son únicos”; si se analiza detalladamente la historia personal y las peculiaridades de la estructura y dinámica de la personalidad y se profundiza en las constelaciones sémico-práxicas de los diferentes textos que se generan en las sesiones, a la luz de la hermenéutica analógica que conviene como epistemología al psicoanálisis, predominan las diferencias, sobre las identidades relativas.

Ciertamente, en el caso Elisa, predominan las diferencias que hacen que el caso sea único, tanto en el origen de su etiología (maltrato infantil) como en su expresión sintomática, inicialmente en forma de adicción y posteriormente en sucesivas crisis que conducen a un trastorno depresivo grave, con dos intentos de suicidio y que cristalizan en una aparente personalidad límite, con un consumo muy elevado de cocaína en su etapa final, antes de ingresar en prisión.

Esto quiere decir que será necesario trabajar, en psicoanálisis, artesanalmente para hacernos con los códigos personales del paciente y estar así en condiciones de ser ayudantes eficaces en la reconstrucción de su identidad. Trasladar este posicionamiento teórico y técnico a la investigación supone renunciar, en cierto modo, a un mayor grado de verificación experimental para centrarnos en ámbito observacional y descriptivo, para hacer de la interpretación hermenéutica del texto en su contexto el nexo entre la comprensión y la explicación.



(Roussos, 2007), presenta una clasificación de los estudios de caso único basada en el tipo de control que se ejerce sobre las variables de estudio, distinguiendo tres categorías: a) Diseños experimentales de caso único b) Diseños observacionales (que a veces aparecen en la literatura como cuasi experimentales) y c) Presentaciones de caso, que corresponde a la narración de un caso o parte del mismo, sobre el cual no se ha ejercido ningún tipo de evaluación con fines de investigación. Suelen contener datos cualitativos, con un bajo o nulo nivel de cuantificación o formalización. No existe ningún tipo de manipulación de variables.

Por otra parte (Kazdin, 2001) define las características que debe tener un estudio experimental: 1) Control de la intervención 2) Evaluación del rendimiento y 3) Predicción sobre el comportamiento.

Por lo que en nuestro caso, lejos de querer ajustarnos a un verificacionismo artificial e innecesario, parece que nos conviene más la metodología de un **diseño observacional**, que es la que mejor se ajusta a los estudios diagnósticos y de tratamiento psicoanalítico, como es el caso de esta intervención terapéutica, con registro clínico. El objetivo se centra en la descripción de un trastorno clínico y su evolución, en las distintas fases del proceso, en las características del caso, y en los resultados obtenidos. Los diseños observacionales, también llamados naturalísticos, plantean precisos niveles de formalización con criterios de evaluación y herramientas que posibilitan llevar adelante el control de las potenciales variaciones en las variables a estudiar”, afirma (Roussos, 2007).

Las claves metodológicas que deben ser tenidas en cuenta al momento de diseñar un estudio de caso único son las siguientes:

**a. La evaluación continua:** Los efectos resultantes de la aplicación de la intervención deben evaluarse observando la influencia del tratamiento (y del no tratamiento) en el mismo sujeto. Por eso, las observaciones repetidas que se realizan deben ser confiables y deben realizarse de forma continua.

**b. Evaluación de la línea de base:** Es recomendable que la observación del sujeto comience antes de aplicar la intervención. Este período previo es llamado fase de línea de base y brinda información sobre el comportamiento del sujeto en su situación de origen. La evaluación de este período tiene dos funciones principales:

**1. Descriptiva:** suministra información sobre la gravedad del problema que presenta el paciente.

**2. Predictiva:** los datos obtenidos servirán para predecir el comportamiento del paciente en el futuro inmediato, en el caso de que se le aplique (o no) la intervención. Si lo que se busca es evaluar el impacto de una intervención en la situación de un sujeto, también resulta importante conocer cuál es su situación sin la aplicación de dicha intervención. Esta predicción se obtiene realizando una proyección de los datos recopilados durante la fase de línea de base.

**c. Estabilidad del rendimiento.** Ya que la línea de base será utilizada para predecir el comportamiento futuro del sujeto de estudio, es importante la estabilidad de los datos

obtenidos. Es decir, que no exista sesgo en los datos y que haya poca variabilidad en el comportamiento que se registra en la observación. (Kazdin, 2001)

### **11.1 El caso en los textos freudianos**

(Rubistein, 2007), afirma que en los últimos años, algunas orientaciones de investigación dentro del psicoanálisis consideran insuficiente el empleo de casos para la investigación psicoanalítica y para asegurar su lugar como disciplina en la sociedad contemporánea. Véase por ejemplo la recopilación encargada por la IPA a Fonagy: *Una Revisión de puertas abiertas de los estudios de resultados en psicoanálisis*. (Fonagy, Kächele, Krause, Jones, & Perron, 1999) Promovido por Kernberg con el propósito de demostrar el valor del psicoanálisis y aumentar su credibilidad como disciplina y como área de ejercicio profesional en el público general, el público informado y la ciencia, el trabajo se propone como un espacio abierto, para recoger la diversidad de investigaciones sobre los resultados del análisis.

Sin embargo el estudio del caso singular está en el origen de la investigación psicoanalítica y Freud se veía obligado a describir sus casos de forma pormenorizada, para evitar que el psicoanálisis sea considerado fruto de una pura especulación teórica.

Así, en *“Etiología de la histeria”* (Freud, Etiología de la histeria , 1896) afirma: “Cualquiera que sea el valor que se conceda a mis resultados, he de rogar no se vea en ellos el fruto de una cómoda especulación. Reposan en una laboriosa investigación individual de cada enfermo, que en la mayoría de los casos ha exigido cien o más horas de penosa labor”. Y también puede hacerse un recorrido detallado a través de *“Los*

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

*casos clínicos de Freud*” (de Santiago, 2007), de cómo una docena de casos relevantes, analizados individualmente de forma pormenorizada, han sido determinantes en la formalización teórica y técnica del psicoanálisis, desde la experiencia clínica; y así: El caso de Anna O, es el prototipo de la cura por la palabra, la “Talking cure”. “La señora Emmy” supone la prefiguración de la transferencia. “Miss Lucy” Del cuerpo a los sentidos. “Katharine” Los orígenes de la psicoterapia breve. “Elisabeth” Libre asociación y resistencias. “Cecilia M” Los inicios del simbolismo. “El caso Dora” es el paradigma de la histeria. “El caso Juanito” El tratamiento de una neurosis fóbica infantil. El caso de “El hombre de las ratas” ejemplifica la neurosis obsesiva, “El caso del Presidente Schreiber” la paranoia y “El hombre de los lobos” la neurosis infantil. Incluso los escritos técnicos: La iniciación al tratamiento, Observaciones sobre el amor de transferencia, Recuerdo, repetición y elaboración, Análisis terminable e interminable, siempre están basados en sus casos, de modo que podemos afirmar que en el psicoanálisis, desde sus orígenes, la práctica clínica precede y fundamenta el método y la teoría, a partir de la experiencia. Freud da testimonio de eso en distintos momentos de su obra y busca fundar sus conceptos en la investigación psicoanalítica y evitar que el psicoanálisis sea considerado fruto de una pura especulación teórica. Hace extensiva esta afirmación incluso a sus obras más teóricas, como “Más allá del principio de placer”, justificando el alto grado de especulación teórica en: "el deseo de describir y comunicar *los hechos* que diariamente observamos en nuestra labor...". (Freud, 1920a, O.C. p. 1097).

### 11.2 Método, registro clínico y “texto sagrado” del paciente.

El método psicoanalítico, descrito en § 5.5 tiene la originalidad de no obedecer a lo que el común de las gentes puede entender como “lógico”, respecto a un tratamiento de psicoterapia, en el que aparentemente el *supuesto saber* debería estar en el profesional que ocupa el lugar de psicoanalista, que, a partir de unos síntomas, debería ser capaz de elaborar un discurso sobre los males que aquejan al paciente y su posible solución, proporcionándole consejos y pautas de conducta. Nada más lejos: La libre asociación, como regla fundamental del psicoanálisis, devuelve el *supuesto saber* al paciente y el uso indefinido de la palabra, para poder decir todo lo que quiera, sin censura, desde el convencimiento de que es el paciente el que sabe de su mal, aunque no sabe que sabe. Por otra parte, parecería lógico proporcionar alivios y consuelo al paciente, pero la regla de la abstinencia señala claramente la contraindicación de actuar, y es un método basado en la frustración “*por cruel que pueda parecer*” para que pueda actuar la regresión, y no se cierre en falso la herida, con los paños calientes del consuelo transferencial. Tampoco parece lógico que se postule como un tratamiento de larga duración, frente a todo tipo de terapias breves. De ahí las 100 horas que Freud propone como mínimo para poder aplicar el método, con cierta garantía en los resultados... etc.

El registro clínico se realiza en este caso mediante transcripción escrita de las grabaciones de audio de las sesiones individuales, mediante resúmenes de las sesiones de psicoanálisis grupal y psicodrama y recopilando los textos de las sesiones virtuales. Se han seguido estrictas normas para garantizar la confidencialidad y la protección de datos del conjunto de los 8 pacientes de la muestra de este estudio, y especialmente del

“Caso E”, del que se transcriben, casi en su totalidad 21 de las 46 sesiones grabadas de un total de 49 sesiones individuales. Entre estas normas están cambiar la totalidad de los referentes, personales, de lugares, de tiempo y de circunstancias “anecdóticas”, para que conservado lo esencial del relato, quede a la vez suficientemente enmascarado. A estas medidas, se suma la decisión de limitar la transcripción de los registros al ámbito estrictamente académico. Aunque también hay que tener en cuenta que Freud siempre apunta a los detalles. Son las formaciones del inconsciente, los sueños, los lapsus, los recuerdos, las asociaciones libres, los puntos de partida para construir una ensambladura lógica deducida del texto del sujeto, considerado como "**texto sagrado**". Usar el caso a partir de la investigación analítica implica atravesar el plano del yo, y proceder como un arqueólogo *"que logran extraer a la luz restos no por mutilados menos preciosos, de épocas pretéritas, completándolos luego por deducción y conforme a modelos ya conocidos"* (Freud, Fragmento de análisis de un caso de histeria, 1905).

### **11.3 Investigación y práctica clínica.**

Tomamos como punto de partida una cita del Historial del Hombre de los lobos:

*"Se ha dicho que el oso polar y la ballena no pueden hacer la guerra porque, hallándose confinados cada uno en su elemento, les es imposible aproximarse. Pues bien: idénticamente imposible me es a mí discutir con aquellos psicólogos y neurólogos que no reconocen las premisas del psicoanálisis y consideran artificiosos sus resultados. (...) Me parece, pues, mucho más adecuado combatir las teorías divergentes contrastándolas con casos y problemas concretos".* (Freud, 1914. p 805).

Dedicamos la primera parte de esta tesis al marco teórico para referir con cierto grado de detalle que es lo que se entiende por tratamiento psicoanalítico en esta tesis y ahora corresponde relacionar la práctica clínica con el estudio observacional y descriptivo del análisis de los resultados del registro clínico, señalando que sólo en este sentido puede entenderse la relación entre investigación y clínica en esta tesis, puesto que investigación, en este caso significa búsqueda de una nueva metodología de análisis cualitativo del registro clínico y no *diseño experimental*, como suele entenderse en la investigación propiamente dicha.

Una vez aclarado el sentido que le damos al término *investigación* en esta tesis, queremos destacar la relación fuerte con la que el propio Freud relaciona la investigación con la práctica clínica, utilizando la palabra alemana *Junktim*, cuyo equivalente castellano sería “yunta” –como en yunta de bueyes- destacando con esta imagen la unión inseparable de estos términos, que sólo se da en el psicoanálisis:

En palabras de Freud, "en psicoanálisis existió desde el comienzo mismo una yunta [*Junktim*] entre curar e investigar; el conocimiento aportaba el éxito (terapéutico), y no era posible tratar de enterarse de algo nuevo, ni se ganaba un esclarecimiento sin vivenciar su benéfico efecto. Nuestro procedimiento analítico es el único en que se conserva esta preciosa conjunción. Sólo cuando cultivamos la cura analítica de almas ahondamos en la intelección de la vida anímica del ser humano, cuyos destellos acabábamos de entrever. Esta perspectiva de ganancia científica fue el rasgo más preclaro y promisorio del trabajo analítico." (Freud 1927a, p.240, citado por Jimenez, J. en *Aperturas Psicoanalíticas*, N°004)

## RESULTADOS

### RESULTADOS DEL REGISTRO CLÍNICO DURANTE EL TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE ELISA

#### 12. FASES INICIALES DEL TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN DE LOS ÍNDICES DINÁMICOS DE SALUD (IDS)

Las fases del tratamiento son aproximaciones teóricas a la consecución progresiva de objetivos parciales, que tienen una duración variable y no se producen de forma lineal, sino que frecuentemente se solapan, son recurrentes, se superponen o apenas pueden identificarse como tales, pero aun así, y por aparecer de forma sistemática en la mayoría de los procesos, sirven como hoja de ruta de carácter didáctico, para que los psicoanalistas en formación puedan apreciar las marcadas o sutiles diferencias que se producen en los avances o retrocesos de cada caso, en la psicoterapia psicoanalítica.

También es este planteamiento seguimos muy de cerca las aportaciones del profesor Cencillo, sobre las fases del proceso, que inicia en su obra *“Terapia, lenguaje y sueño”* (1973) donde plantea un análisis descriptivo de las características de cada una de las fases y lo completa como una articulación sistemática en *“Transferencia y sistema de psicoterapia”* (1977).

En este apartado exponemos la articulación del proceso en fases y comenzamos con el análisis en profundidad de la evolución de los índices dinámicos de en las primeras fases: inicial y exploratoria, que comprenden, en conjunto las once primeras sesiones. En los apartados siguientes, completaremos el análisis de las fases medias y finales,



completando al análisis de los índices dinámicos con nuevos elementos complementarios del análisis del discurso del paciente.

### **12.1 Articulación del proceso de psicoterapia psicoanalítica de este caso en 8 fases.**

Cencillo fundamenta la articulación en fases del proceso terapéutico argumentando que no hay nada dinámico, y evolutivo que sea amorfo e indefinido y por tanto, el control de un proceso supone básicamente el control de todas sus fases.

Y antes de especificar las fases, aclara que enfocando la totalidad del proceso en perspectiva, hay que distinguir *tres momentos* que no pueden ser omitidos en la terapia concreta sin que sus resultados se malogren:

- A. Exploración del caso e instauración de la relación transferencial.
- B. Penetración en los mecanismos de resistencia y resolución del nudo perturbador (traumático, represivo, paralizante o bloqueador del acceso a la realidad)
- C. Integración, ajuste y resemantización del mundo del paciente.

En este caso, podemos asignar las tres primeras fases al primer momento (sesiones 1 a 16), las fases cuatro y cinco al segundo momento (sesiones 17 a 32) y las fases seis, siete y ocho al tercer momento (sesiones 33 a 46) de las sesiones registradas. Aunque en este caso hubo varias sesiones más, no registradas, con posterioridad a la sesión 46, en la que se comprobó la consolidación dinámica de los cambios y se procedió al alta en el proceso de psicoterapia psicoanalítica.

- 1) FASE INICIAL: Establecimiento de la alianza terapéutica. Sesiones 1, 2 y 3.
- 2) FASE EXPLORATORIA: Sesiones 4-11.
- 3) FASE MESETARIA: Sesiones 12-16.
- 4) FASE RESISTENTIVA: Sesiones 17-26.

- 5) FASE RESOLUTIVA: Sesiones 27-32.
- 6) FASE INTEGRADORA: Sesiones 33-36
- 7) FASE RESEMANTIZADORA: Sesiones 37-42.
- 8) FASE PRÁCTICA: Sesiones 43-46.

### 12.2 Fase inicial

El objetivo de esta fase, que suele durar unas pocas sesiones, es el establecimiento de la “alianza terapéutica”, que desde un adecuado clima afectivo, permita la “*vinculación transferencial*”. Según Cencillo, en esta primera fase las intervenciones del terapeuta deben reducirse al mínimo, coincidiendo también con el principio freudiano de *abstinencia*.

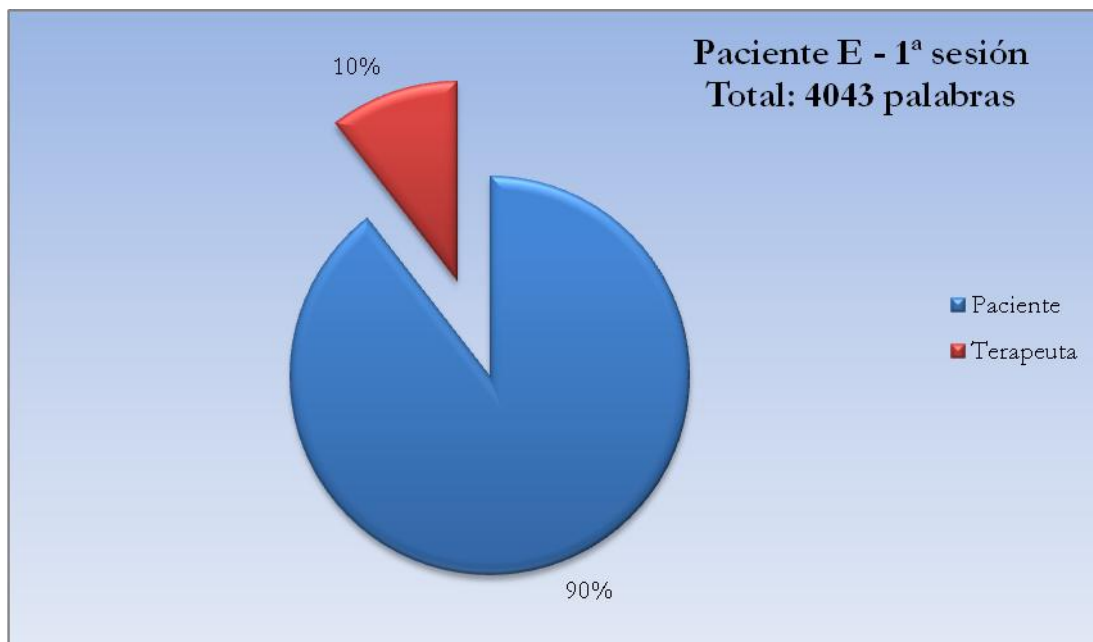


Figura 2: % Paciente /Terapeuta, Sesión 1

Las breves intervenciones del terapeuta han estado orientadas básicamente a tranquilizar, clarificar, obtener nueva información y mostrar interés por el estado actual de la paciente. Aunque también hay preguntas *mayéuticas* que pueden calificarse como

confrontación: *¿No crees que tengas derecho a tener una oportunidad? Y ¿Por qué dices que no te la mereces? ¿Por qué has fallado otras veces?*

En todo caso, las intervenciones tienen por objeto *acompañar* pero nunca orientar o acotar los **campos de significación**, que siempre debe el resultado de la libre asociación, como regla fundamental.

El hecho de que el paciente no sepa, ni se le informe, de que puede ser *lo valioso* de lo que dice, si debe hablar de sus emociones, sus deseos, su imagen corporal o sus preocupaciones prácticas de la vida cotidiana, le da un especial interés al análisis de los campos de significación.

En esta primera sesión se observa la naturaleza predominantemente emocional del discurso, seguido de los aspectos prácticos y existenciales y relegando al último lugar las sensaciones cenestésicas. Pero cuantificar los campos de significación no es suficiente para hacernos cargo de la naturaleza del discurso y los núcleos de conflictividad que presenta.

Esta tarea de captar empáticamente los estados emocionales, prácticos y vivenciales, que el terapeuta realiza de forma espontánea y automática en su especial escucha con atención flotante, puede concretarse un poco más, aunque siempre de forma analógica, sin exactitud, pero sí de forma *suficiente*, a través del análisis y valoración de las **cadena semánticas (Cencillo, 1988)**.

TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

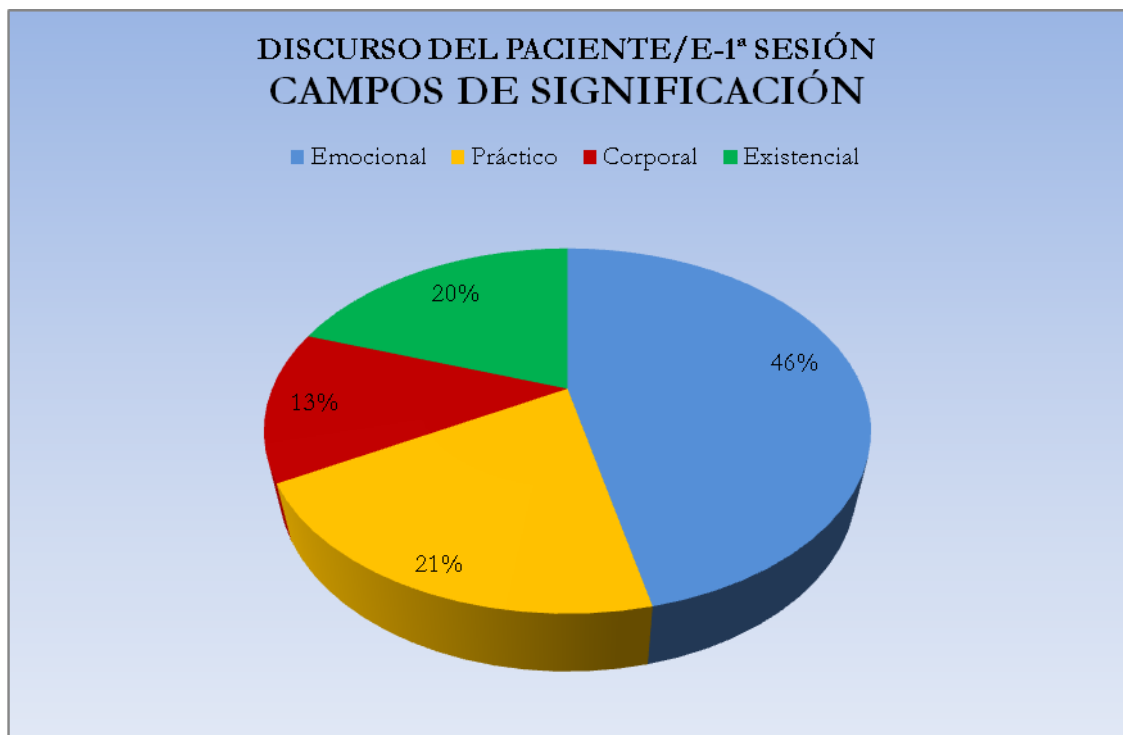


Figura 3: Discurso del paciente, campos de significación de la sesión 1

Recordamos aquí los índices expuestos en §5.4, que corresponden a cada campo de significación, para proceder después a la valoración de las *cadena semánticas* (Cencillo, 1988) correspondientes a cada campo:

A.- ÍNDICE EMOCIONAL: Empatía, alegría, tranquilidad, facilidad para establecer relaciones afectivas, capacidad para establecer y mantener compromisos, predominio de los sentimientos positivos sobre los negativos, relaciones afectivas de amor, enamoramiento y amistad, capacidad de asumir riesgos.

B.- ÍNDICE PRÁCTICO: Control del tiempo y de los recursos personales, canalización de la energía en proyectos realizables, atención y concentración en las tareas, auto-

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

eficacia, decisiones en función de las circunstancias objetivas de la realidad, capacidad de controlar y resolver situaciones difíciles, puntualidad y orden.

C.- **ÍNDICE CORPORAL:** Capacidad de disfrutar de la sexualidad, dormir con sueño profundo y reparador, sensaciones de plenitud y bienestar, despertarse con ganas de comenzar un nuevo día, relaciones eróticas gratificantes, alimentación adecuada, ejercicio físico, ausencia de somatizaciones (digestivas, respiratorias, cutáneas...) potencia sexual y capacidad de orgasmo.

D.- **ÍNDICE EXISTENCIAL:** Aceptación de sí mismo y de los cambios que se producen en la trayectoria vital, seguridad moderada y auto-identidad, aceptación de las limitaciones sin necesidad de aparentar más de lo que se es, tener en cuenta los intereses de los demás al tomar decisiones, vestirse con sencillez, construir con paciencia los medios para alcanzar los objetivos.

E.- **ÍNDICE GENERAL:** Es la resultante de los 4 índices anteriores.

**Las cadenas semánticas (Cencillo, 1988)**, pueden extraerse ordenadamente del texto de paciente eligiendo las frases más características que configuran su modo de expresarse y asignarles una valoración, en un rango entre -2 y +2, según el siguiente criterio: -2 representa la valoración de una cadena semántica muy negativa, es decir, muy alejada de los indicativos de salud, definidos para cada uno de los campos de significación, -1 relativamente negativa, 0 neutra, +1 relativamente positiva, y +2 muy positiva, y equivalente o coincidente con indicativos de salud, previamente definidos a propósito del iSMOSS.

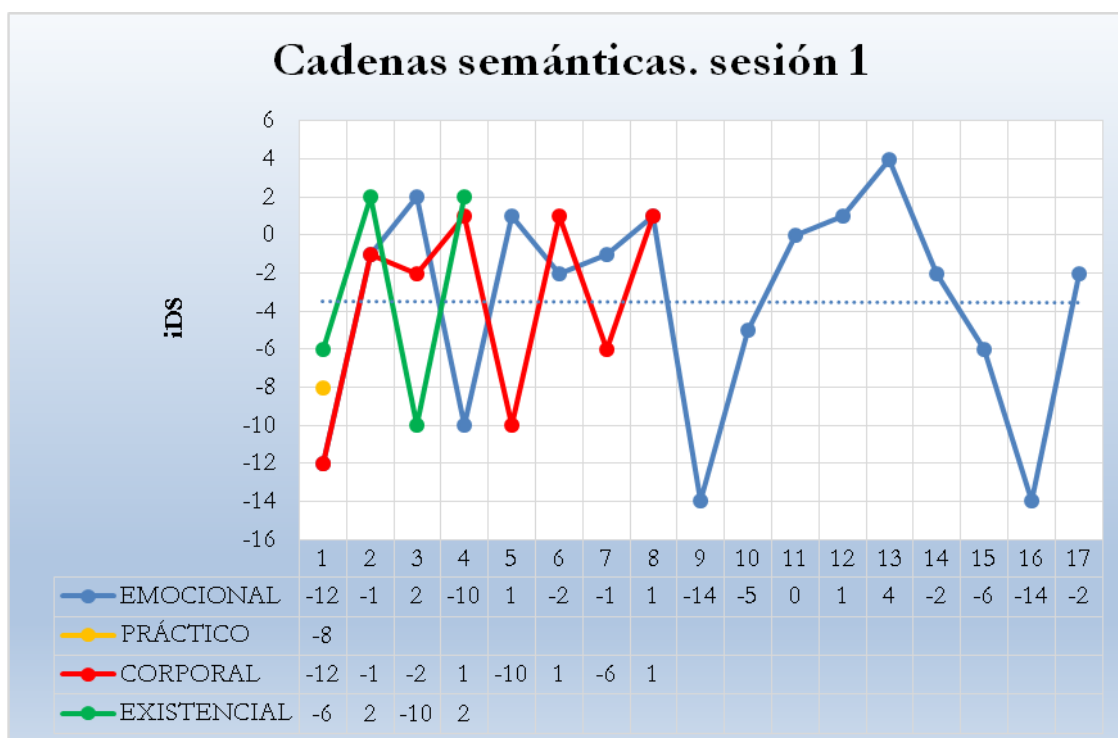


Figura 4: iDS, cadenas semánticas de la sesión 1

La valoración secuencial de las *cadenas semánticas* (Cencillo, 1988) permite identificar los **núcleos de conflictividad** correspondientes a cada campo, mediante la acumulación de las puntuaciones más negativas de cada serie. Así, tenemos:

**Series 1:** Campo **existencial** **-10** cadenas 59 a 63: (robar, engañar, intentos de suicidio – *tonterías con las pastillas*- ingreso en psiquiatría).

**Series 2:** Campo **emocional** (*tres núcleos*) **-12** cadenas 4 a 10 (Agresión, drogas desde los 13 años, violación) **-10** cadenas 19 a 24 (*“marcada por el maltrato” “con casi todas las parejas he acabado a palos”*) **-14** cadenas (*“se chutaba” (pareja) “le encontré con una pica colgando y lo eché de casa”* Agresiones mutuas con todas las parejas.

TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

(Primeros recuerdos: “recuerdo palos, muchos palos”... “si mi padre no hubiera sido tan violento conmigo, yo no hubiese tenido tanta violencia por dentro”)

**Series 3:** Campo **corporal** (dos núcleos) **-12** cadenas 13 a 18: (múltiples intentos de suicidio, ingresos en psiquiatría) **-10** cadenas (“la cocaína me ha destrozado la vida” “Estoy aquí porque vengo de la cárcel, no porque quiera dejar la droga” “La cocaína me puede”)

**Series 4:** Campo **práctico** **-8** (“robé en tres hospitales, me pillaron”, “condena en la cárcel”)

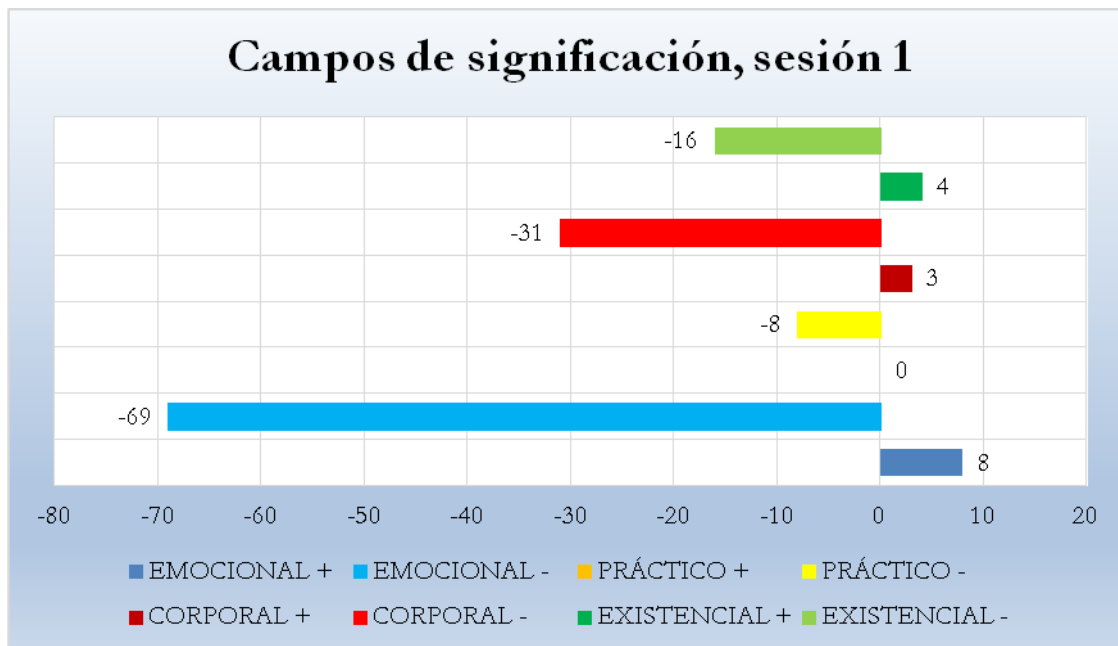


Figura 5: Valoración acumulada de los campos de significación de la sesión 1

La valoración total acumulada de las *cadenas semánticas* (Cencillo, 1988) de la primera sesión, tomando como eje el 0, muestra un perfil claramente sesgado hacia la izquierda, predominando las puntuaciones negativas en todos los campos.

## TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

---

Es preciso aclarar que lo que aquí se valoran son exclusivamente las cadenas significativas correspondientes a cada campo y no la totalidad del campo. Así, el campo emocional es el más extenso (46% del discurso del paciente) y también es el campo del que más cadenas se extraen para el análisis cualitativo, pero es significativo que las puntuaciones negativas de las emociones predominan sobre las positivas -45/9.

El segundo campo en cuanto a cadenas significativas es el corporal, y en cambio es el menos importante en extensión, tan sólo el 13%, y también marcadamente negativo (-31/3). En el campo existencial la proporción es -16/4. Y destaca el campo práctico, en el que con una puntuación de -8/0 (robo y cárcel) No manifiesta, a lo largo de esta primera sesión, nada referido a las cuestiones prácticas que pueda ser valorado positivamente. Esa lectura del reborde negativo de la palabra, la ausencia de elementos prácticos que puedan valorarse positivamente nos indica –en negativo- el hueco que debe ser llenado con nuevas actividades, en este caso por la integración en la comunidad terapéutica, ya que antes focalizaba su actividad en el consumo de cocaína, de forma exclusiva y excluyente.

Aunque seguramente puedan hacerse otras lecturas y otras valoraciones de las mismas cadenas, estos primeros esquemas abren un nuevo camino en la codificación de los contenidos de las sesiones de psicoterapia y pueden ser de cierta utilidad para comprender el proceso de cambio, que se produce de forma coincidente a la actividad terapéutica.



TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

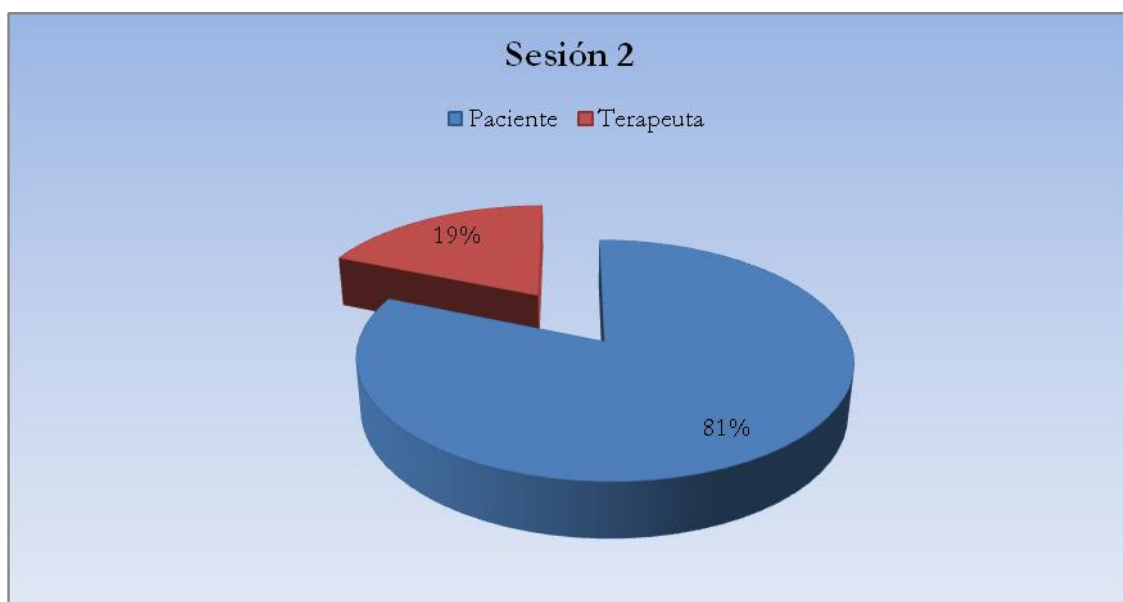


Figura 6: Porcentaje de texto paciente/terapeuta en la sesión 2

El terapeuta se ve obligado a comenzar a intervenir más activamente. La primera impresión que produce un discurso tan marcadamente negativo parece indicar la conveniencia de facilitar, en lo posible, el establecimiento de la alianza terapéutica, pero sin olvidar que sólo desde el principio de abstinencia es posible que se produzca la regresión, evitando “cerrar en falso” las heridas.

Aunque la fase de investigación se separó completamente de la fase de psicoterapia, el eco contra-transferencial de la primera sesión es suficiente intenso como para percibirlo intuitivamente, si necesidad de valorar las *cadena semánticas* (Cencillo, 1988) correspondiente a cada campo de significación.

Insistiendo en el valor puramente metafórico del dato numérico y teniendo en cuenta que en la primera sesión el conjunto de las *valoraciones negativas* suma (-8, -45, -1, -16

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

= -70) frente a (0+3+9+4 = 16) de las positivas, parece indicado aumentar las intervenciones en la segunda sesión y mantener una mayor actividad en las siguientes.

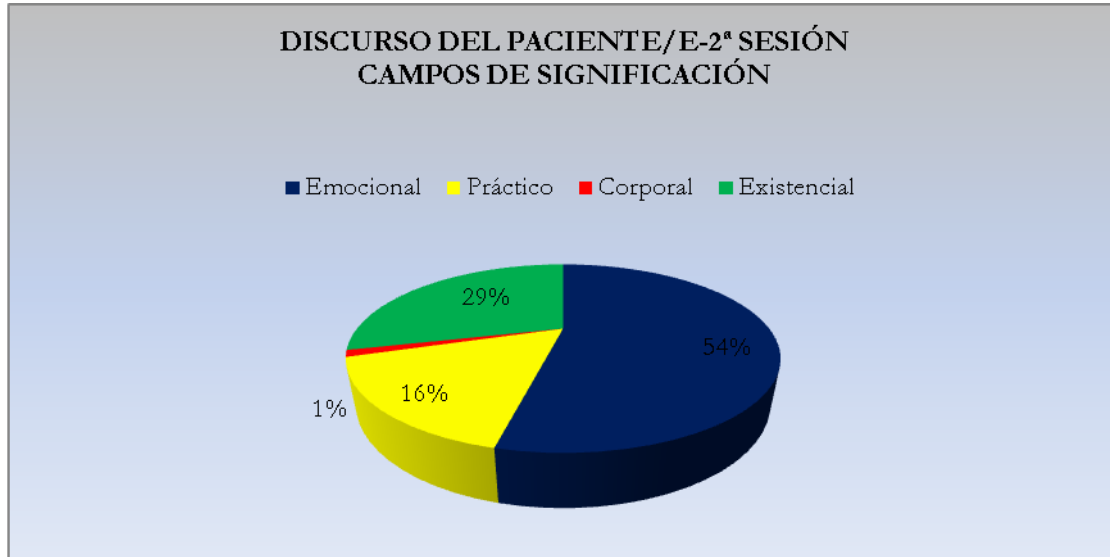


Figura 7: Discurso del paciente, campos de significación de la sesión 2

El discurso se torna aun más emocional, pero comienzan a aflorar las valoraciones positivas, tanto en el campo emocional como en el existencial. El campo práctico sigue siendo completamente negativo, y el corporal parece querer ocultarse, aunque comienzan ya las asociaciones positivas respecto al propio cuerpo, a pesar de los diferentes problemas de salud.

Este vuelco que se produce al considerar la valoración de las *cadena semánticas* (Cencillo, 1988), en la segunda sesión, puede ser un signo que posibilita la instauración transferencial. Desde una visión completamente negativa y desvalorizada de sí misma, la paciente comienza a elaborar, con el apoyo del terapeuta un discurso de diferente tono, en el que comienza a permitir que se expresen las partes buenas.

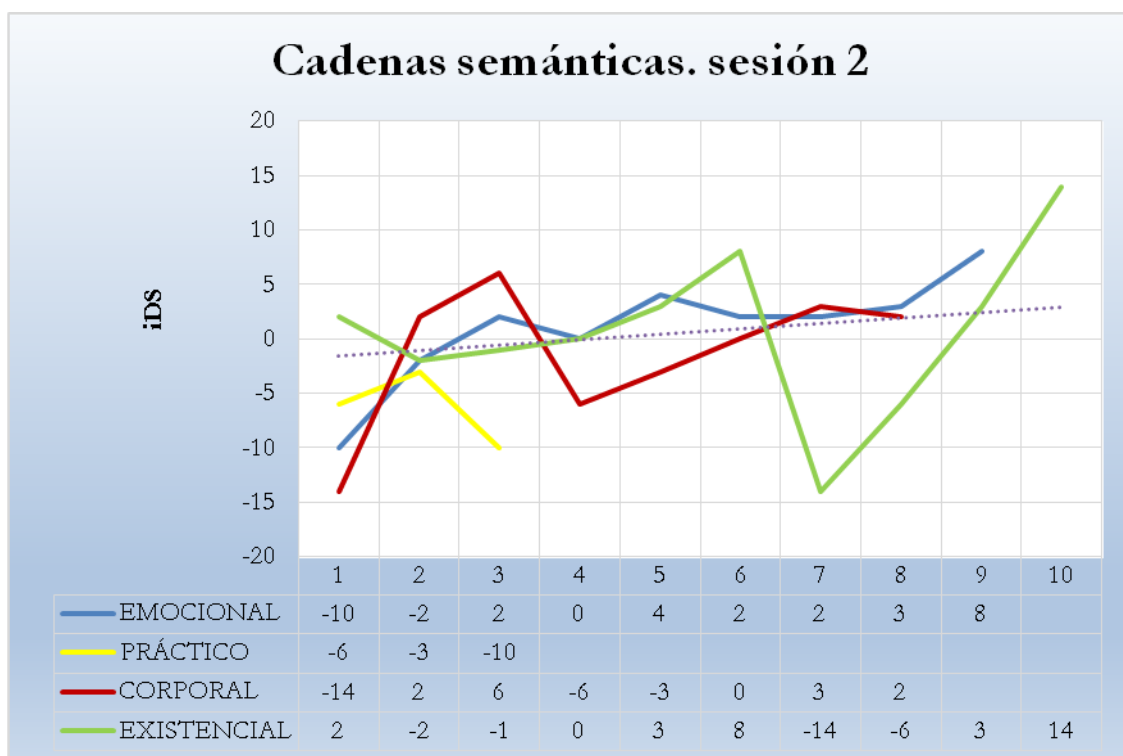


Figura 8: iDS *cadenas semánticas* (Cencillo, 1988) de la sesión 2

Continúan aflorando núcleos de conflictividad, combinados con aspectos emocionales y existenciales positivos, que dan como resultante una línea de tendencia de -1 a +3 en el conjunto de la sesión.

El núcleo de conflictividad emocional negativo **-10**, se refiere al conflicto con su madre, por la forma de criar a su hijo: “*Le grité y perdí la razón*”, pero va acompañado de un conjunto de reflexiones positivas, a lo largo de la sesión “*tengo que trabajar mi carácter... yo no soy violenta... pero tengo un pronto muy malo y no quiero reaccionar así. Quiero ser más tranquila*”. Resultando (-10/20) en el nivel emocional.

En el nivel práctico **-10** los robos, la cárcel y desconfianza.

TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

Las sensaciones corporales -14 están marcadas por la violencia familiar, que fue una de las causas de la separación de los padres.

La posición existencial evoluciona, hacia el final de la sesión desde -14 a +14. “Tengo que dar un giro a mi vida”. “Curarme física y psicológicamente” “Aquí es donde me pueden ayudar”.

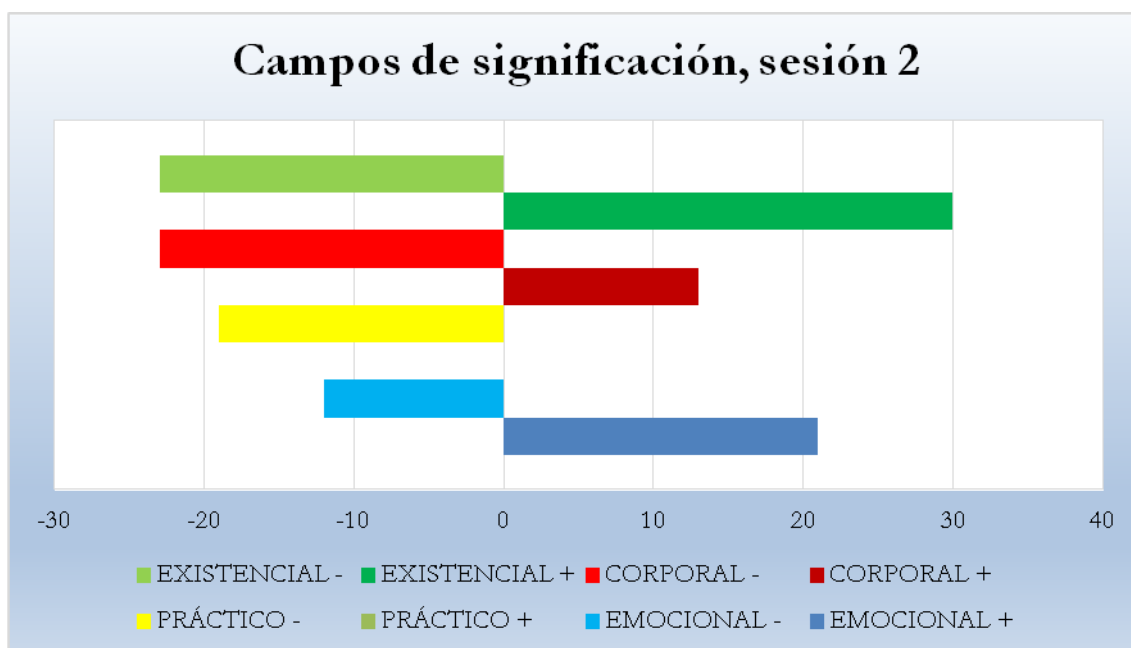


Figura 9: Campos de significación de la sesión 2

Si comparamos los gráficos de la valoración total acumulada de esta segunda sesión con la primera, observamos que mientras en la primera, en un rango de puntuaciones de 40, con eje en 0, -30 estaban a la izquierda y 10 a la derecha, en esta sesión algo ha comenzado a moverse en las asociaciones que surgen libremente en el discurso del paciente, cuando con un rango más amplio, 60, observamos que -30 continúan a la izquierda, pero se compensan con 30 a la derecha.

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

Comienzan a predominar las emociones positivas sobre las negativas, en esta sesión, como dato observable, no como efecto o consecuencia de la psicoterapia. Se percibe claramente el vacío de una actividad práctica en la que poder reafirmar su identidad. A pesar de los problemas de sobrepeso, dolor de espalda y lesión en la rodilla, aparece el deseo de comenzar a cuidarse y hacer ejercicio. Reconoce que viene de la cárcel y donde realmente quiere estar es con su marido y su hijo y para eso necesita curarse.



Figura 10: Porcentaje de texto paciente/terapeuta en la sesión 3

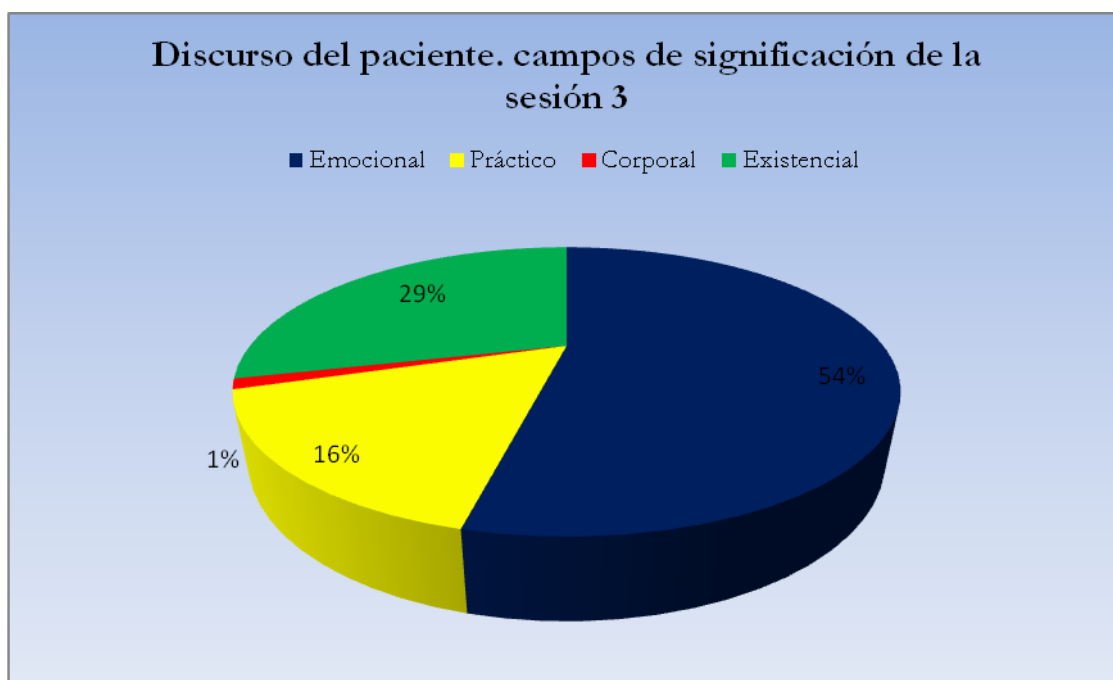


Figura 11: Discurso del paciente, campos de significación de la sesión 3

En esta sesión puede decirse que se ha establecido la “alianza terapéutica”... “hablar no me gusta, y contigo me estoy abriendo”... “son pequeños cambios... que para mí significan mucho, porque yo no soy así. Entonces, me sorprende.” Pertenece, sin duda, a un campo de significación práctico y positivo, que permitirá el establecimiento de una transferencia inicial, iniciando un tipo de relación especial, que se establece desde la instauración de la “alianza”.

TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

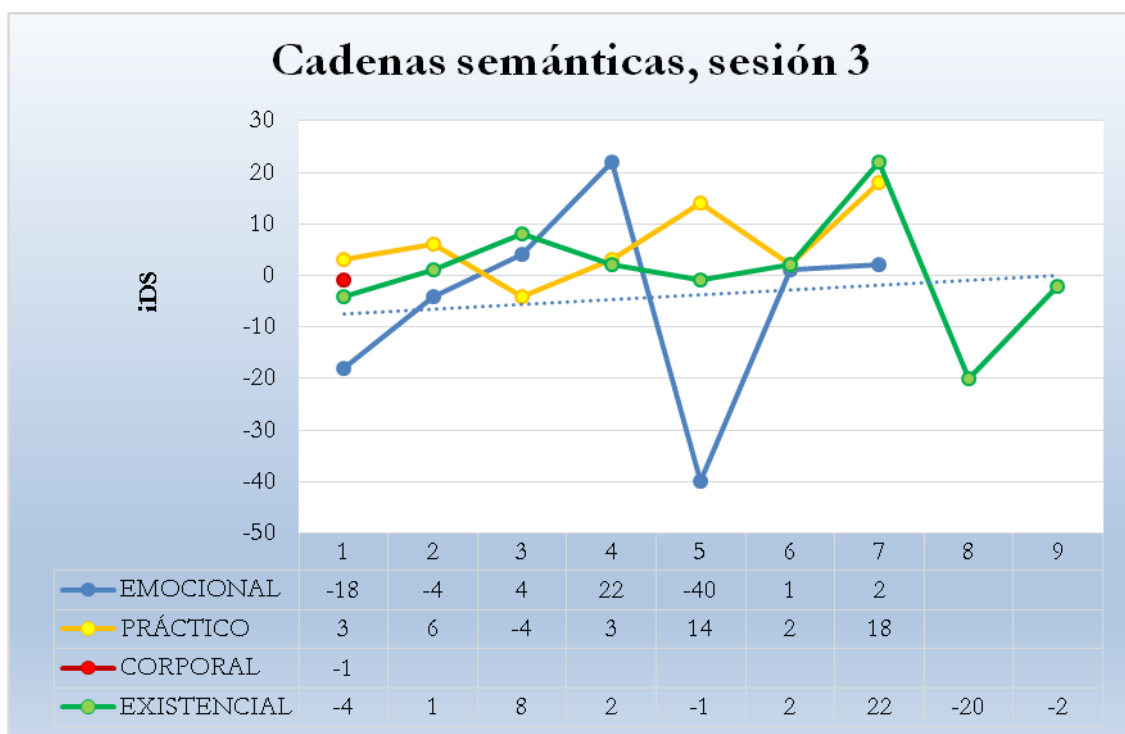


Figura 12: iDS, cadenas semánticas de la sesión 3

A pesar del predominio de las emociones negativas sobre las positivas, (-62/29) sorprende el extraordinario avance en los aspectos prácticos (-4/46), una sola alusión al cuerpo, por el dolor de espalda, y un avance en la situación existencial (-27/35), especialmente en las cadenas 51 a 61: *“Tengo ganas de luchar y salir adelante”* ... *“Yo creo que de momento estoy haciendo las cosas bien”*

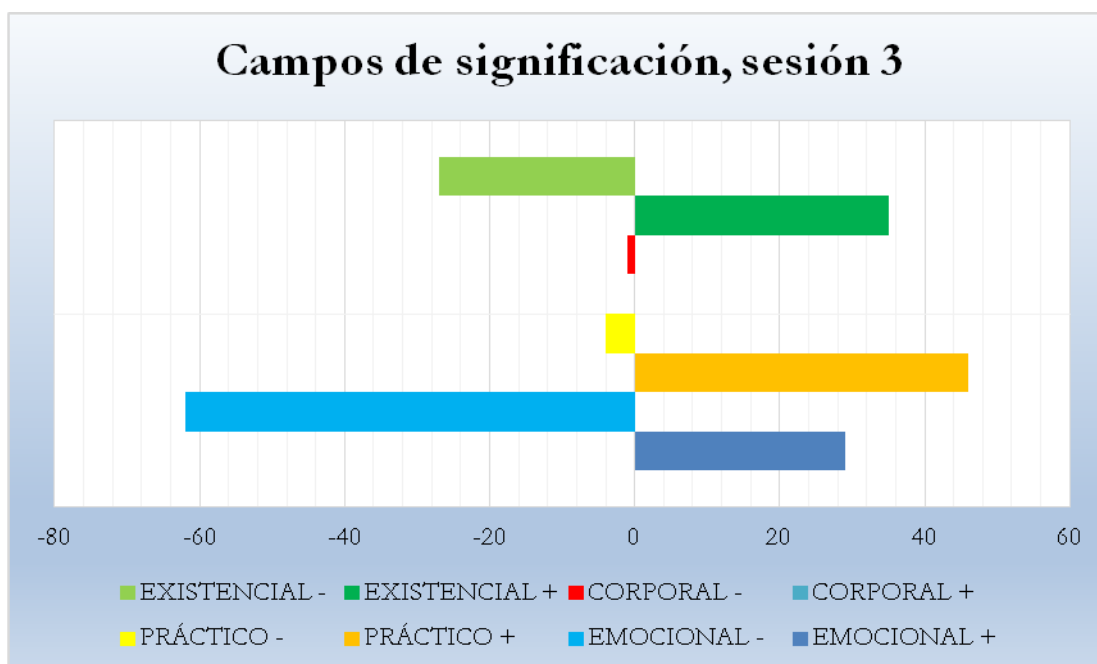


Figura 13: Campos de significación, sesión 3

### 12.3 Fase exploratoria

*“La aplicación lúcida de un método que vertebró un proceso no puede ser nunca como perturbadora o mistificativa del mismo, pues entonces, toda investigación, metódicamente llevada en cualquier campo, falsearía su propio objeto, y se haría imposible la ciencia. (...) no tiene, la concienciación analítica por qué ser menos metódica y venir menos técnicamente conducida que las demás investigaciones (o procesos de concienciación) científicas” (Cencillo, 1978 p. 133)*

La fase exploratoria, que en este caso ocupa nueve sesiones, es una ampliación de las primeras impresiones diagnósticas –que no se comunican al paciente- y constituye una amplia evaluación, que sin despreciar, pero sin atenerse a los diagnósticos anteriores de



otros profesionales, trata de convertir, de forma más precisa y afinada, la terminología psicopatológica clásica en términos dinámicos de estructura y funciones de la personalidad.

Así, en cuanto a la estructura, las posiciones iniciales del egograma EPA-iPsiS, en § 19.2.2 son: Crítica (13) Bondad (14) Equilibrio (07) Libertad (05) Sumisión (11). La fase exploratoria puede servir para tratar de comprender en conjunto de circunstancias objetivas y subjetivas que han llevado a la instauración de esta estructura ineficaz de la personalidad, con especial atención a los mecanismos de defensa y posibles carencias en el núcleo de la personalidad.

Del mismo modo, desde el punto de vista funcional, analizamos los índices de salud mental iniciales que presenta la paciente y observamos que se muestra **daño psicológico** en el nivel corporal (4) Así como **inestabilidad** emocional (11), práctica (10) y existencial (12). **Con una resultante general de: “daño psicológico”**. No presentando ninguna puntuación en la zona de puntuaciones correspondiente a “buena salud”. Los índices dinámicos que pueden obtenerse tras el análisis de la fase exploratoria, en las sesiones 11 a 14, presentan una evaluación psicológica considerablemente operativa y orientada a la comprensión de los procesos de cambio terapéutico.

Aunque las tres primeras sesiones han sido ya esclarecedoras de la situación emocional, práctica, cenestésica y existencial de la paciente, en esta fase exploratoria, se pueden *precisar y concretar* las dinámicas de estos niveles; el cumplimiento de este objetivo servirá para una posterior elaboración de la conflictividad inconsciente, durante la fase mesetaria.

Durante la fase exploratoria, una vez que se ha producido un primer volcado masivo e incontrolado de los materiales de forma desorganizada, no sirve de nada refugiarse en la inactividad. En este sentido no debe confundirse estar en todo momento con atención flotante a las asociaciones libres del paciente, con silencios densos, por parte del terapeuta, que dificulten la comunicación. A la escucha de la espontaneidad, pero nunca al acecho del síntoma y menos aun intervenir añadiendo materiales ajenos al discurso del paciente.

Como ejemplos de esta fase, presentamos los índices dinámicos de las siguientes sesiones:

-La sesión 4: Daño psicológico corporal y núcleo de conflictividad emocional.

-La sesión 6: Libre asociación y foco en la droga.

-La sesión 8: Recuperación emocional y existencial.

#### **iDS de la sesión 4**

De esta sesión, rescatamos un fragmento que define en núcleo de conflictividad corporal, identificado como “*daño psicológico*” (4) en el cuestionario iSMOSS inicial:

T: ¿Cómo te sientes con tu cuerpo?

P: **Muy mal. Muy mal.**

T: ¿Por qué?

P: **Porque estoy muy gorda.**

T: ¿Estás haciendo algo para controlar el sobrepeso?

P: **No, porque me tengo que poner a dieta, y la médica lleva tres semanas sin venir. Entonces yo no me puedo poner a dieta por mí misma. No puedo decir, pues ahora dejo de comer esto, y esto y esto. No, yo necesito una dieta guiada por un médico. Y no ha venido y entonces no puedo hacerlo. Quiero renunciar al pan, a las grasas, quiero renunciar a todo, pero no puedo. No puedo hacerlo**

hasta que no venga la médica. Que la médica tenía que haber venido el martes, no ha venido el martes, a ver si viene el martes que viene.

T: Bueno, es algo que te propones de todas formas, ¿no?

P: Sí. Porque lo tengo que hacer, porque tengo los problemas de espalda por el peso, **me cuesta mucho moverme** y estoy **a disgusto con mi cuerpo**. Yo **nunca he estado así de gorda**, y estoy a disgusto, y quiero cortar con ello. Y quiero bajar peso, y la forma de bajar peso es haciendo dieta.

T: ¿Cuánto pesabas normalmente?

P: **70 kg**

T: Y, ¿cuál es el sobrepeso que tienes aproximadamente?

P: **40 kg**

T: Bueno, a parte de las razones fisiológicas, que es posible que las haya, o las cuestiones de hábitos, que puede que las haya, ¿tú crees que puede haber también alguna causa de tipo psicológico que haya influido en haber adquirido este sobrepeso?

(...)

P: **Ha sido ansiedad**. Comer excesivamente tanto, mucha gula.

T: O sea que ahí hay algo psicológico en cuanto a la ansiedad.

P: Sí, sí. **Fue dejar la droga y empezar a abusar de la comida**. Comía a todas horas, por la noche, por la mañana. Me levantaba, comía, comía en la cama cuando me levantaba. Cincuenta mil cosas y engordé poco a poco a poco, hasta que he llegado a... **Y ya he bajado 6 kg, pesaba 120kg**.

T: Has bajado 6 en poco más de un mes.

P: En dos meses.

T: En dos meses.

P: Sí.

T: Entonces dices que fue al dejar las drogas cuando, bueno, pues tenías más ansiedad. Pero también disfrutabas más de la comida.

P: No, porque **yo no saboreo la comida**. Yo no como, yo engullo, yo como **muy deprisa**. Entonces eso no es bueno tampoco, porque el estómago no hace bien la digestión.

Otro núcleo de conflictividad significativo y relevante en el nivel emocional es el de las tensiones que se producen con su madre, en una relación muy tensa, vivida con irritación y culpabilidad, y que está empezando a saber manejar de forma más constructiva, como se ve en el extracto de las siguientes *cadena semántica* (Cencillo, 1988):

Me dijo que era una **mentirosa**,  
que no estaba haciendo terapia,  
que estaba para pasar el rato  
**que estaba mejor en topas.**

Entonces pensé en volverla a llamar  
– **estaba muy cabreada y muy alterada-**  
y **cantarle las cuarenta** pero no lo hice.

Reaccioné de una forma que **me sorprendió a mí misma.**

Cogí, me calmé, esperé a que pasaran dos horas o tres y la volví a llamar.

Y la llamé diciéndole que por qué no hacíamos **borrón y cuenta nueva.**

Ya que yo había entrado aquí

había empezado de cero **cortando con ciertas cosas** como he cortado  
que sería mejor **que empezáramos de cero** ella y yo también.

Que se olvidara de **las mentiras**,

que se olvidara de **las trampas**,

que se olvidara de todo.

le hubiera dicho cincuenta mil burradas.

Pero no, **dejé que la cosa se enfriara**,

pensé fríamente con la cabeza

**Sí, estoy contenta**

porque creo que **lo gestioné de la mejor forma posible.**

A pesar de haber estado discutiendo con ella,  
y haberla gritado y haberla tal,  
el luego pensarlo fríamente después de un tiempo,  
en otro momento de mi vida, no lo habría hecho así.

Delimitar los campos de significación y valorar las *cadena semánticas* (Cencillo, 1988) permiten avanzar en la exploración de las verdaderas preocupaciones del paciente y sus motivaciones inconscientes. Así como en esta cuarta sesión hemos resaltado dos núcleos, en torno al cuerpo y las emociones, la sesión sexta puede ser un ejemplo de cómo a través de la libre asociación se van recorriendo progresivamente todos los campos de significación y concretando los núcleos de conflictividad.

#### **iDS de la sesión 8**

El porcentaje de “texto” que ocupan las intervenciones del terapeuta se mantiene elevado en esta sesión, 27% respecto al total, ocupando el discurso del paciente el 73%:

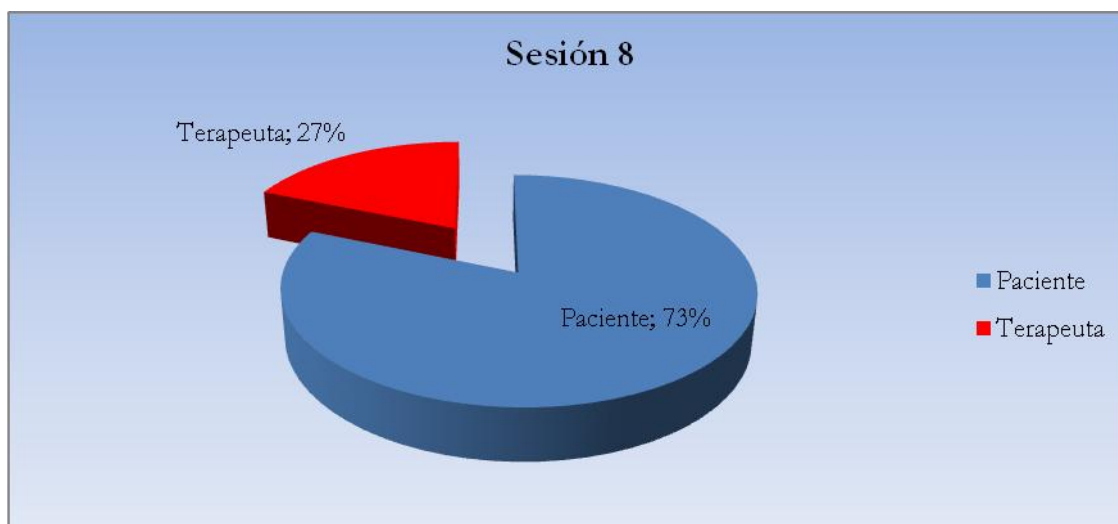


Figura 14: Porcentaje de texto paciente/terapeuta en la sesión 8

Los campos de significación presentan el siguiente esquema:

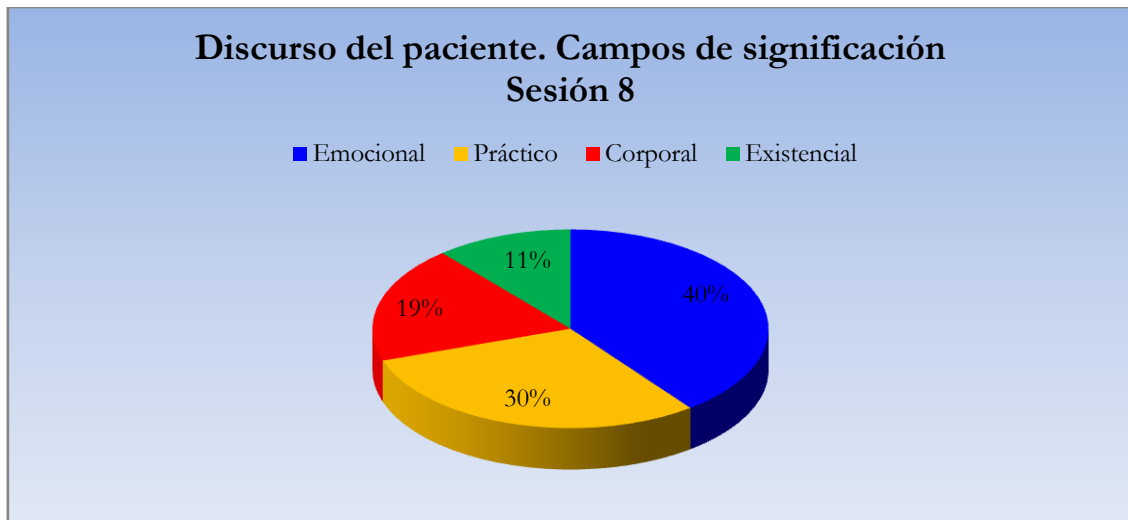


Figura 15: Discurso del paciente. Campos de significación, sesión 8

El discurso emocional es progresivamente más positivo, especialmente en la relación con la madre y las cuestiones prácticas adquieren relevancia, por la participación en los sectores de limpieza y cocina, en los que la paciente se siente útil, por primera vez, en mucho tiempo, y analizando las *cadenas semánticas* (Cencillo, 1988) de esta sesión (Tabla 18) se obtienen los siguientes iDS:

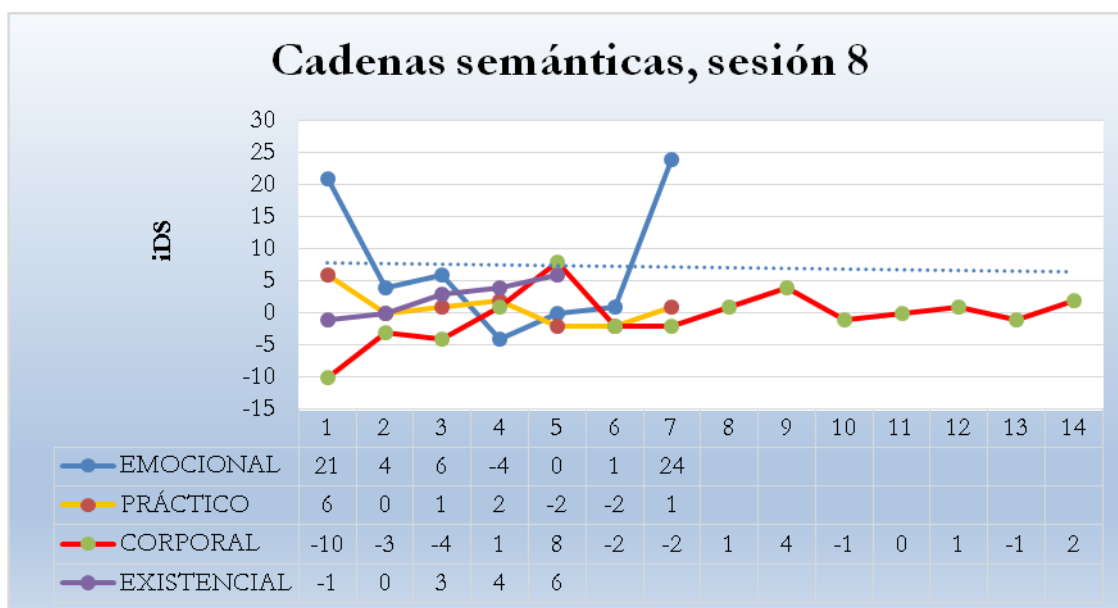


Figura 16: iDS cadenas semánticas, Sesión 8

En este caso, aparece en la **gráfica azul** *la montaña rusa emocional*, que ha producido la reconciliación con la madre (+20) al principio de la sesión, las preocupaciones por la *hermana* y la *identificación con el padre* (-4) y el firme propósito de cambiar (+24), que al reafirmarse en las sesiones siguientes, da paso a una nueva etapa, la meseteria, caracterizada por la elaboración de los conflictos planteados en la fase exploratoria. El discurso sobre el cuerpo, la imagen corporal y las sensaciones, desde un punto de partida negativo (-10) y diferentes vicisitudes con cima en la superación del síndrome de abstinencia y la ansiedad (+8) termina ligeramente positivo (+2). Para no perdernos en la concreción de los números es preciso recordar aquí, que el método de la hermenéutica analógica trata de explicar, no con exactitud, pero sí de forma suficiente, las vicisitudes de los procesos inconscientes, que se reflejan en el relato del discurso, en las sesiones de psicoterapia psicoanalítica, a través de la libre asociación.

TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

Acumulando las puntuaciones de cada nivel, se observa el avance de las valoraciones positivas en todos los niveles, aunque persisten dificultades en la práctica y especialmente en la vivencia del cuerpo, por los problemas de salud y el sobrepeso.

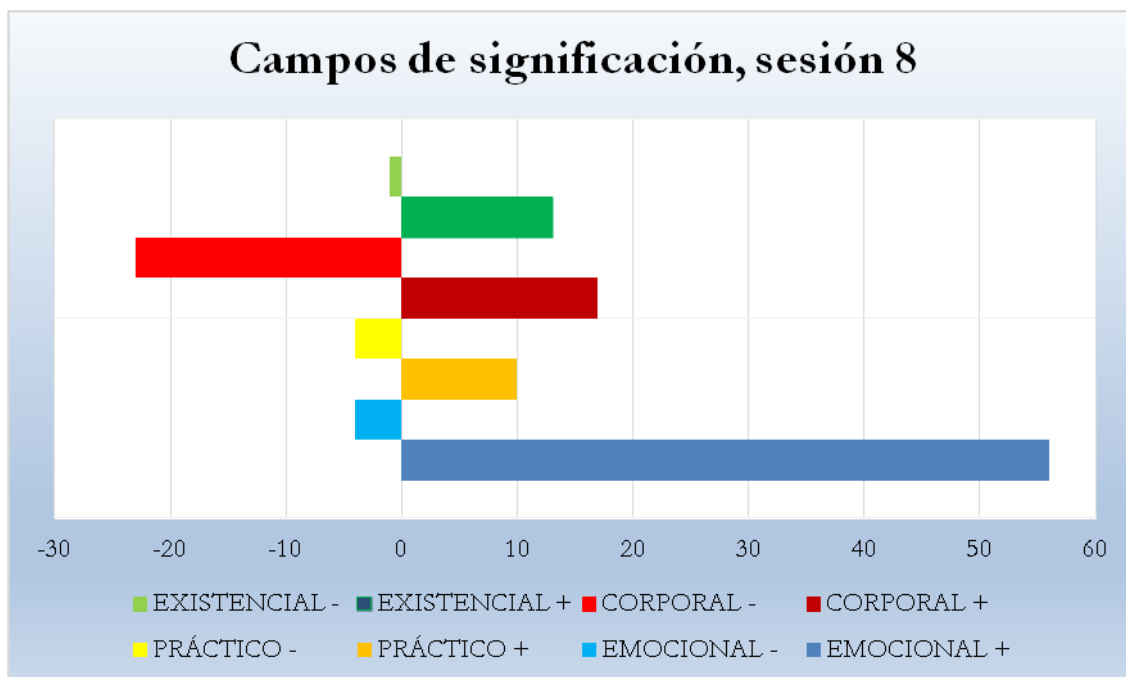


Figura 17: Campos de significación, sesión 8

En estas primeras sesiones aparece con claridad en este caso la alianza terapéutica, el inicio de la vinculación transferencial y un cambio de trayectoria vital, que va a posibilitar la consecución del proceso terapéutico en todas sus fases. Insistimos una vez más que el proceso terapéutico no es mérito del terapeuta. Responde, en este caso, en primer lugar a la comunidad terapéutica, que ha sabido acoger a una personalidad bastante desestructurada y también, claro está, a la voluntad de cambio que se ha producido en la paciente, al encontrar las circunstancias adecuadas para poner en orden su marasmo vital. El terapeuta, por tanto, se limita a escuchar, devolver las partes



**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

buenas, señalar las vicisitudes del proceso y acompañar el desarrollo de los cambios, observando los registros clínicos y procurando, al menos, no interferir negativamente en la evolución natural hacia la salud.

### 13. ÍNDICES DINÁMICOS DE SALUD DE LA FASE MESETARIA EN EL CASO ELISA.

La fase mesetaria se caracteriza por la elaboración de los contenidos, que generalmente ya han sido referidos en la fase exploratoria, aunque siempre pueden aparecer nuevos materiales. Pero la nota dominante es que ya está todo dicho, después de las 10 o 12 primeras sesiones, y en cambio, es cuando está empezando el análisis.

Cencillo en TSP (1977) propone el término *translaboración*, aclarando en una nota, que si a alguien le parece un barbarismo inaceptable en castellano, puede sustituirlo por “elaboración”, “integración” “digestión” o “resolución” del material y del proceso, pero haciendo constar que Freud utiliza el término alemán *Durcharbeitung* y no *Bearbeitung* = *Elaboración*.

En todo caso, la suerte está echada, lo inconsciente se expresa –a su pesar- en los múltiples niveles de la realidad, conteniendo todos los elementos necesarios para des-reprimir, des-culpabilizar, ajustar e integrar la personalidad. Pero estos elementos se presentan de modo “cifrado” y nos es suficiente con interpretar, que en todo caso sería una función posterior, que corresponde preferentemente al paciente, con la asistencia del terapeuta, sino que antes, es necesario proceder al arduo trabajo de la *translaboración*, que comienza, precisamente en la fase mesetaria, y consiste, según Cencillo en “*vencer resistencias y establecer conexiones conscientes y liberadoras, a todos los niveles de la personalidad y de su biografía, que constituye el núcleo o mismo, el núcleo o columna vertebral de la actividad terapéutica*”.

En las páginas siguientes, al hilo de las transcripciones y valoraciones de los contenidos de las sesiones 12 a 17, trataremos de observar los cuatro tipos de técnicas *translaborativas*, que sirven para la activación sistemática del material significativo y que pueden resumirse en:

**Técnicas mayéuticas o dialogales (TM):** La clave mayéutica consiste en sacar lo que hay y no poner lo que no hay en el discurso del paciente. Aclaraciones o precisiones, o preguntas que permitan ampliar sentimientos positivos o negativos que prefieren eludirse. La mayéutica debe servir al paciente para estar en realidad y progresivamente, aceptar su propia identidad.

**Técnicas de interacción transferencial (TT):** La interacción transferencial refuerza el vínculo paciente-terapeuta al desactivar la carga negativa que arrastra el paciente en su demanda narcisista. *Entrar en el juego* de devolver al paciente la posibilidad de encontrar una vía de salida a su imagen deficitaria, característica de la demanda narcisista, sirve de puente para llevar al paciente al otro lado del desprecio que siente por sí mismo.

**Técnicas activas (TA):** Las técnicas activas son intervenciones que aparentemente contravienen el principio de abstinencia, puesto que se oponen a la frustración que permitirá la regresión, pero Cencillo las admite abiertamente para dinamizar el proceso:

*“A medida que vayas cambiando te sentirás mucho mejor, creo que puedes llegar a sorprenderte tú misma de todo lo que puedes dar.”* Está más en la línea de una psicoterapia de apoyo que de una cura psicoanalítica.

**Técnicas hermenéuticas (TH):** El objeto de las técnicas hermenéuticas es ayudar al paciente a descubrir el enigma de su neurosis. A veces, es preferible una interpretación benevolente –deseando el bien- del tipo: “*posiblemente quiera decir también que, inconscientemente, estás recuperando la paz interior*”. O también: “*parece que es algo así como si tú estuvieras tomando el control de ti misma. Y eso es algo que hace sentir mucho mejor*”. Cuando en el núcleo de su neurosis ha estado precisamente la inquietud, el desasosiego y la pérdida total de control. Observar la micro-estructura del cambio para interpretar en la buena dirección es referirse a la trayectoria posible de evolución más que a la posición actual.

La finalidad en conjunto de estas técnicas es producir la *abreacción* y el *insigth*, en orden al **cambio de estructura de la personalidad**. Recordando que, según el diccionario de psicoanálisis Laplanche-Pontalis, la abreacción es la “*descarga emocional por medio de la cual un individuo se libera del afecto\* ligado al recuerdo de un acontecimiento traumático, lo que evita que este se convierta en patógeno o siga siéndolo*”.

Con objeto de poder interpretar los fragmentos de texto en su contexto transcribimos, codificamos y valoramos ampliamente las sesiones 12, 13, 14, 15 y 16, para terminar resumiendo la evolución de los núcleos de conflictividad en esta fase mesetaria, por medio de los índices dinámicos de salud (iDS)

Para codificar los campos de significación, como ya hemos dicho, utilizamos los colores azul: emocional, amarillo: práctico, rojo: corporal, verde: existencial. Las *cadena semánticas* (Cencillo, 1988) más significativas de cada campo están marcadas en negrita

y la valoración se realiza puntuando las cadenas de cada secuencia de campo, según los criterios ya explicados y la valoración acumulada de cada campo de significación al final de cada sesión, que es la unidad hermenéutica de interpretación.

Cada sesión está dividida en una serie de secuencias de campo de significación, que posteriormente se acumulan, con una doble valoración, positiva y negativa para cada sesión y finalmente se analizan los índices dinámicos de salud (iDS) del conjunto de sesiones de esta fase.

### **13.1 Sesión 12**

Al transcribir la sesión completa, en el Anexo 1-12 puede apreciarse que elegir determinadas *cadenas semánticas* (Cencillo, 1988) como resumen de la sesión, puede resultar una técnica de análisis cualitativo bastante incompleta, pero es necesario recordar que la hermenéutica analógica que conviene al psicoanálisis no trata de dar una explicación exhaustiva o completa sino facilitar una comprensión *suficiente*.

El primer relato emocional es muy positivo, acumulando una puntuación de 26, esto quiere decir que en la primera secuencia hay 13 cadenas valoradas como muy positivas, acompañadas de siete positivas y sólo 2 negativas y dos muy negativas (-4). Pero el relato se interrumpe con lo que parece un *dudoso sueño*, de una paciente que en repetidas ocasiones dice no soñar nunca que posiblemente utiliza este código para realzar la importancia del contenido que expresa.

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

En todo caso, la interpretación del sueño desde el código más favorable para el soñante: *recuperación de la paz interior*, parece desencadenar un conjunto de asociaciones positivas de carácter existencial: *Vivir tranquila, curada, rehabilitada...*

Valoramos las cadenas de esta sesión y obtenemos las gráficas de índices dinámicos:

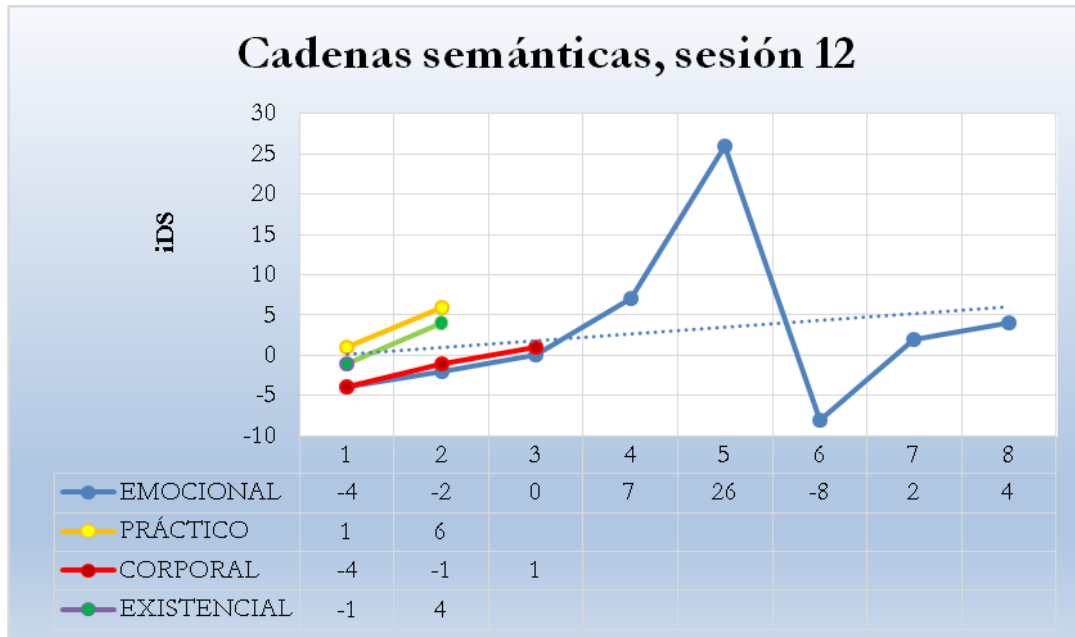


Figura 18: iDS, cadenas semánticas de la sesión 12

La segunda secuencia emocional es una rememoración de la depresión y el enganche a las drogas *no hacía más que llorar*. También ver la situación actual en la que está contenta, no ha discutido con su madre y está haciendo las cosas bien. Estas situaciones se reflejan en el total acumulado de los campos de significación:

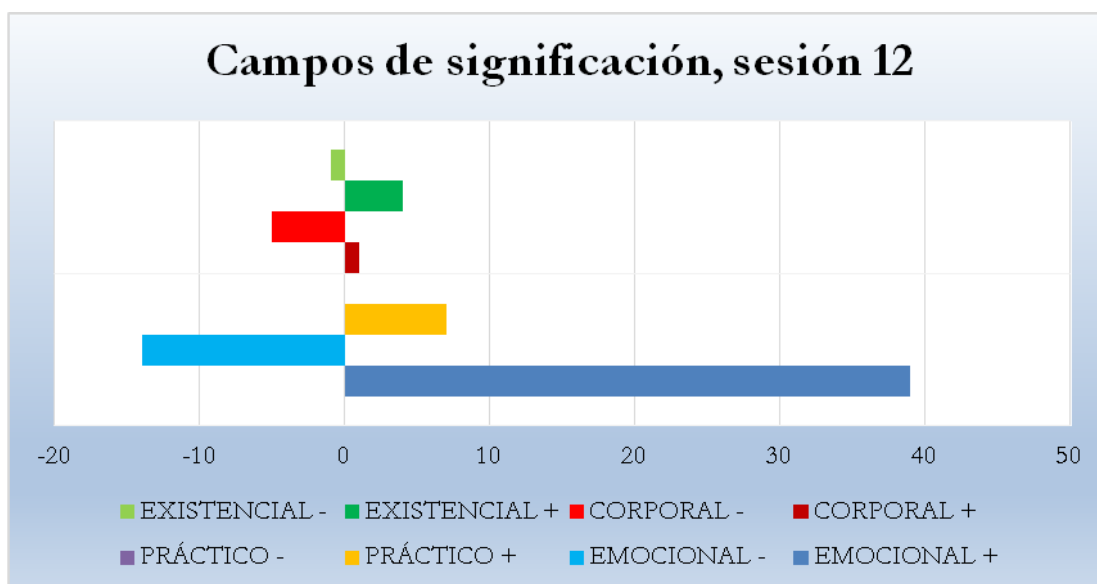


Figura 19: Campos de significación- Sesión 12

### 13.2 Sesión 13

Véase la codificación de la sesión -13 y la valoración de las cadenas semánticas en la Tabla 18-a.

En tanto que las sesiones son fragmentos dentro de la trayectoria vital, y cada una de las secuencias que definen un campo, son a su vez fragmentos divididos en cadenas, puede captarse el tono de una sesión o de una fase del proceso en el microanálisis de cuatro palabras: *Soy fea, estoy gorda, parece algo más que una demanda narcisista. Viene precedido de una secuencia existencial muy negativa (-14) expresa un mal concepto de sí misma y el profundo malestar de sentirse utilizada porque tenía dinero o tenía droga.* En una sesión que ha comenzado con una secuencia emocional, también muy negativa, en la que expresa *Sólo tengo ganas de llorar. No tengo ganas ni de levantarme por la mañana.*

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

En este contexto el sueño, expresado en una sola frase *Hoy me he soñado que iba a la cárcel* y que es interpretado por ella misma como un temor, que exterioriza así, puede tener también un componente de deseo de reparación, expresado de diferentes formas en otras sesiones: “*Yo no me merezco estar aquí*” “*Estoy pensando volver a la cárcel*”. Pero en este caso parece que el detonante de su negatividad es caer en la cuenta de que *hoy es el cumpleaños de mi hijo y estoy aquí dentro*.

Procedemos a la valoración de las *cadena semánticas* (Cencillo, 1988) de esta sesión observando el valle existencial y su reflejo en la valoración acumulada en campos de significación de esta sesión 13, como se muestra en las figuras siguientes:

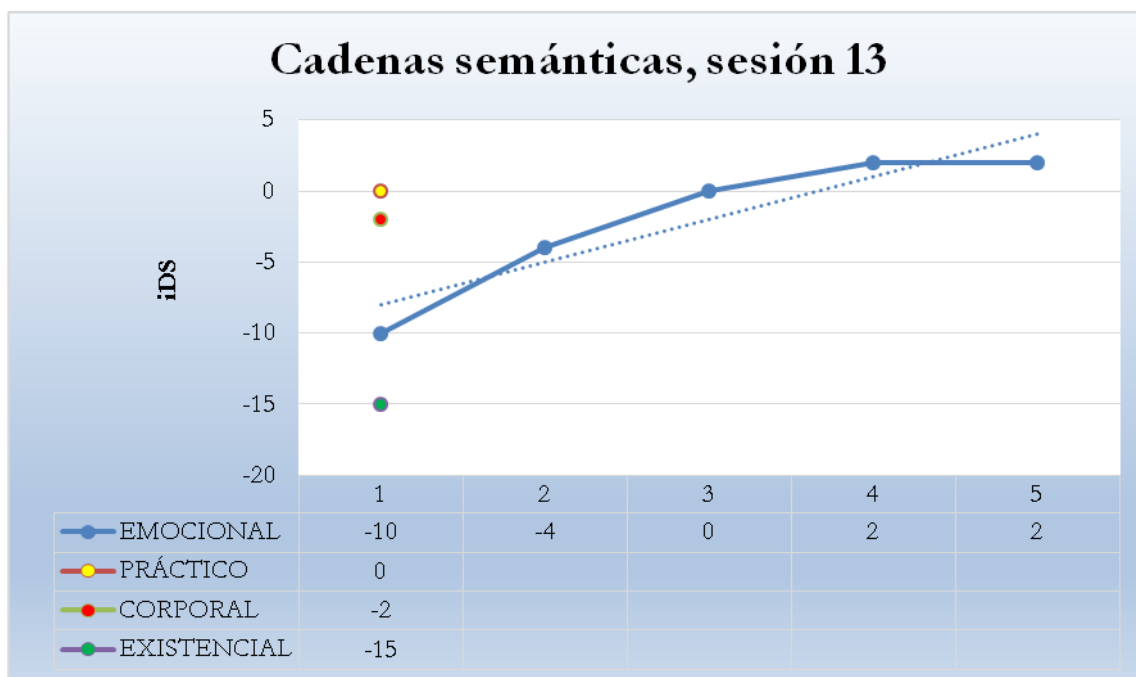


Figura 20: iDS, cadenas semánticas, sesión 13



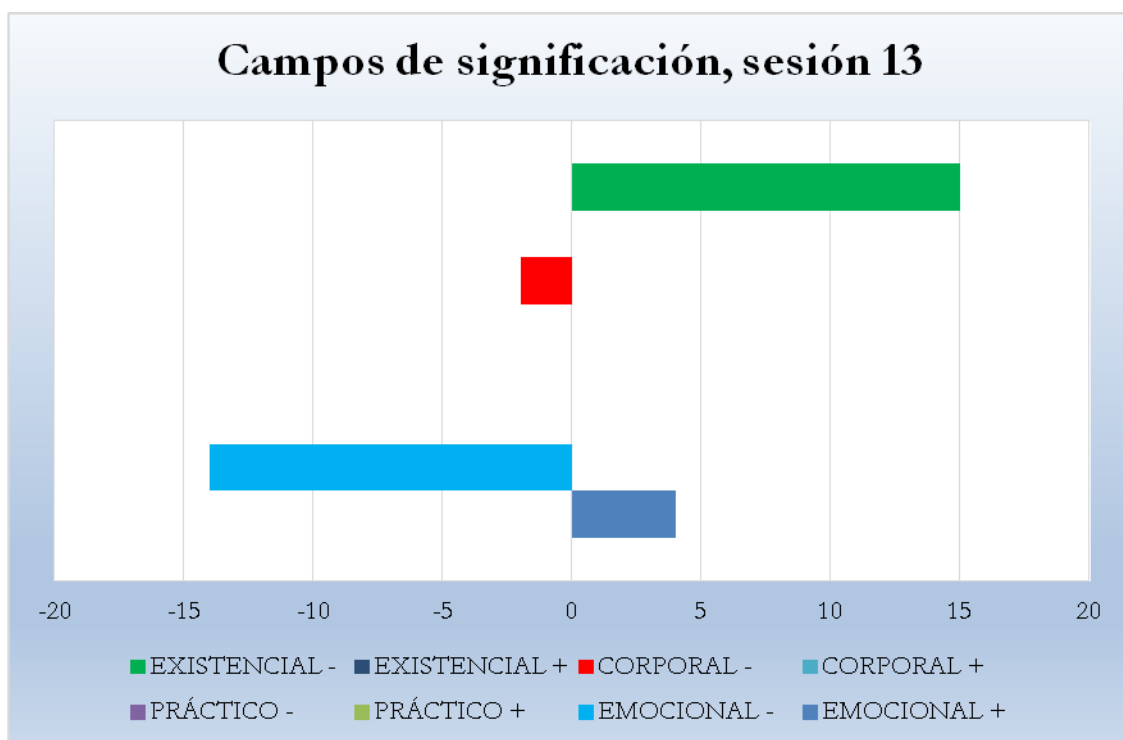


Figura 21: Campos de significación, sesión 13

### 13.3 Sesión 14

Véase la codificación de la sesión -14 y la valoración de las cadenas semánticas en la Tabla 18-b.

Las series 1, que en la gráfica representan la acumulación de puntuaciones negativas, se reparten en el campo de significación emocional (-3) y persisten cenestesis muy negativas (-12) y el reconocimiento de que: *“mi vida en estos 20 años ha sido liar para droga”*.

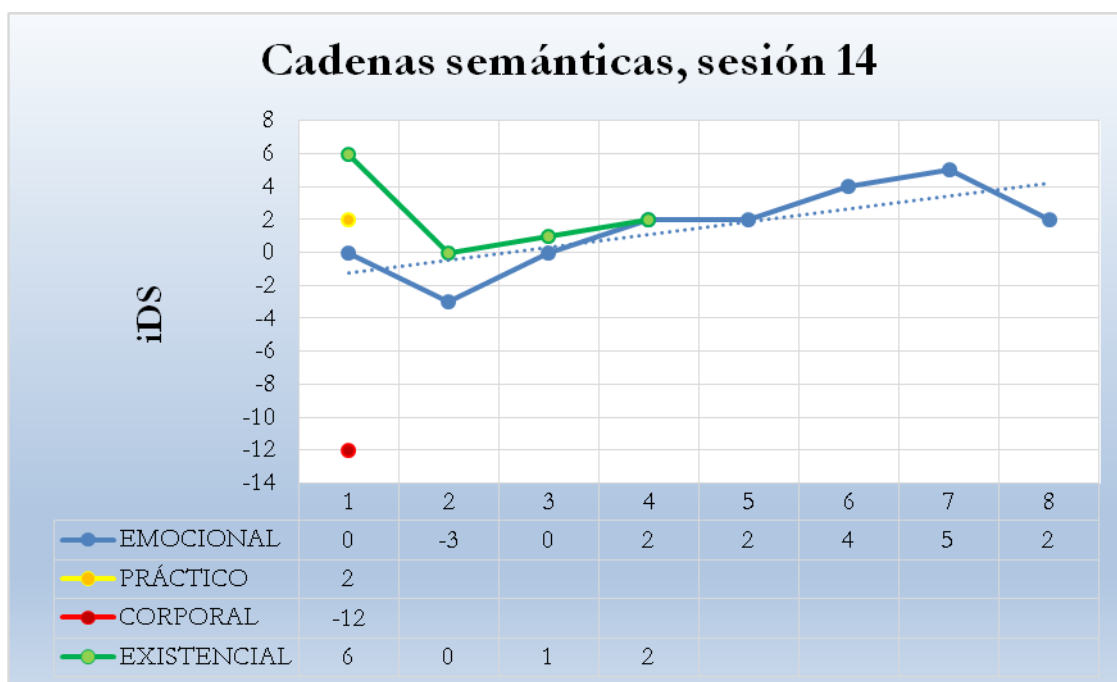


Figura 22: iDS Cadenas semánticas, sesión 14

Por otra parte, predominan los sentimientos positivos en relación con la transferencia y también evoluciona positivamente el campo existencial, (9) al haber recibido la noticia de que podrá obtener antes la libertad condicional, con una nota práctica (2) referida al compromiso de escribir las sesiones virtuales.

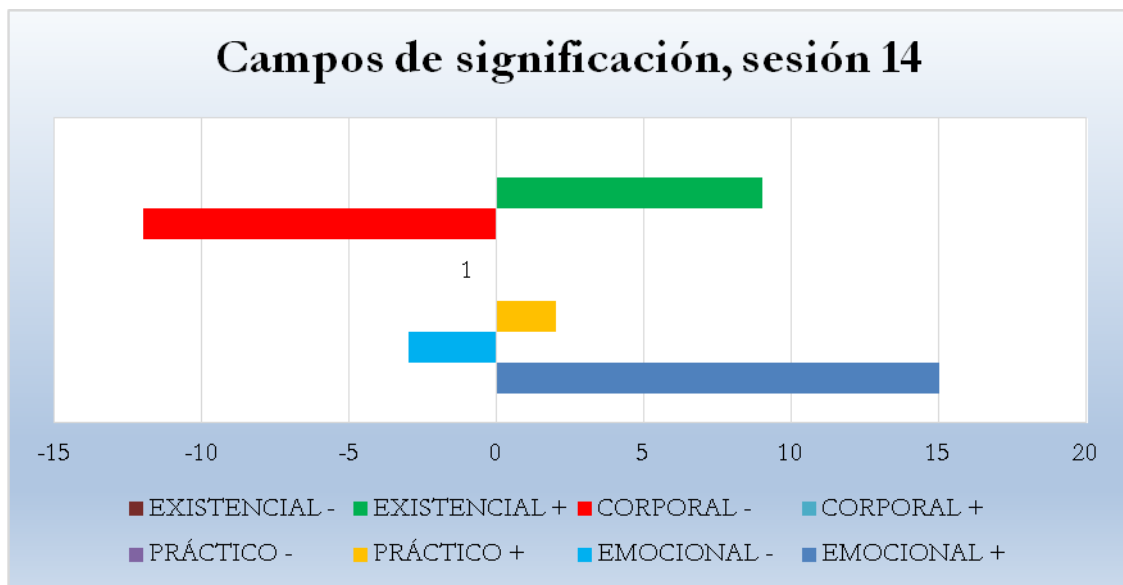


Figura 23: Campos de significación, sesión 14

En esta valoración se observa en positivo el conjunto de los campos de significación, con excepción del campo corporal que permanece totalmente negativo.

También se observa en estas primeras sesiones que las puntuaciones acumuladas no presentan trayectorias lineales, progresivamente más positivas o negativas al ir avanzando en el número de sesiones.

#### 13.4 Sesión 15

Véase la codificación de la sesión -15 y la valoración de las cadenas semánticas en la Tabla 19

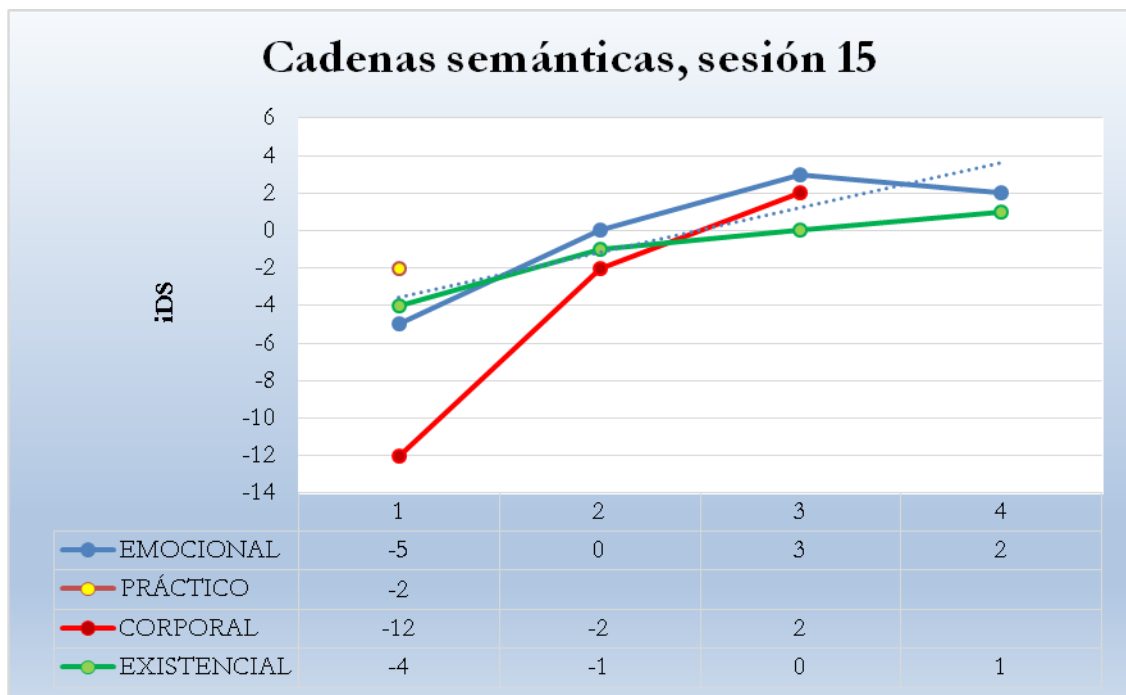


Figura 24: iDS, cadenas semánticas, sesión 15

El iDS más negativo de esta sesión (-12) corresponde de nuevo a su imagen corporal devaluada y la que se refleja también en la valoración acumulada de campos:

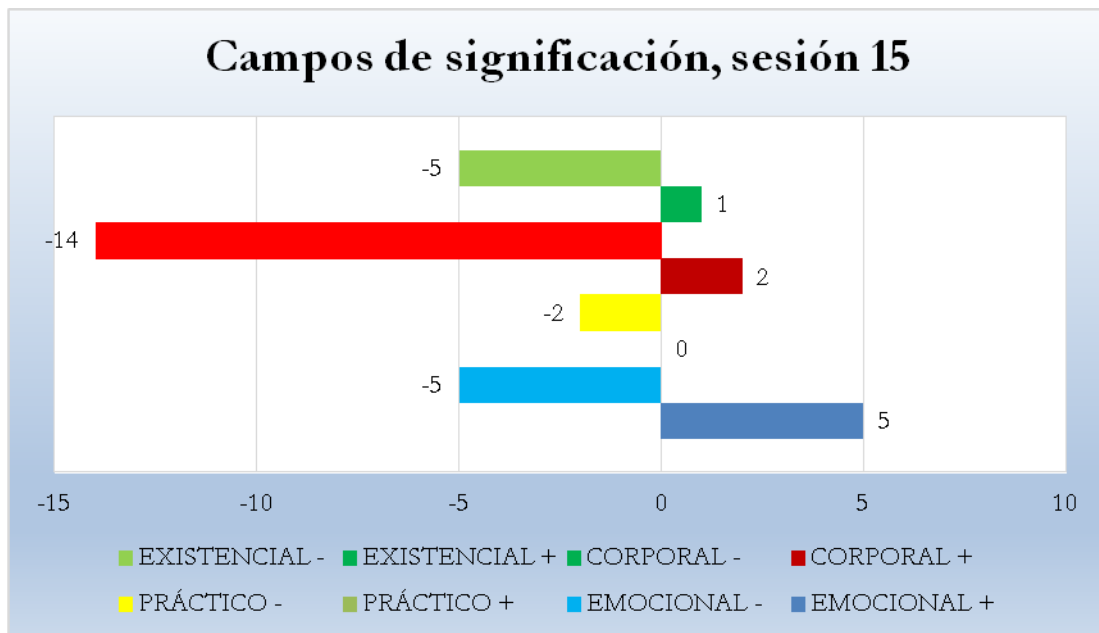


Figura 25: Campos de significación, sesión 15

### 13.5 Sesión 15

Véase la codificación de la sesión -16 y la valoración de las cadenas semánticas en la Tabla 20

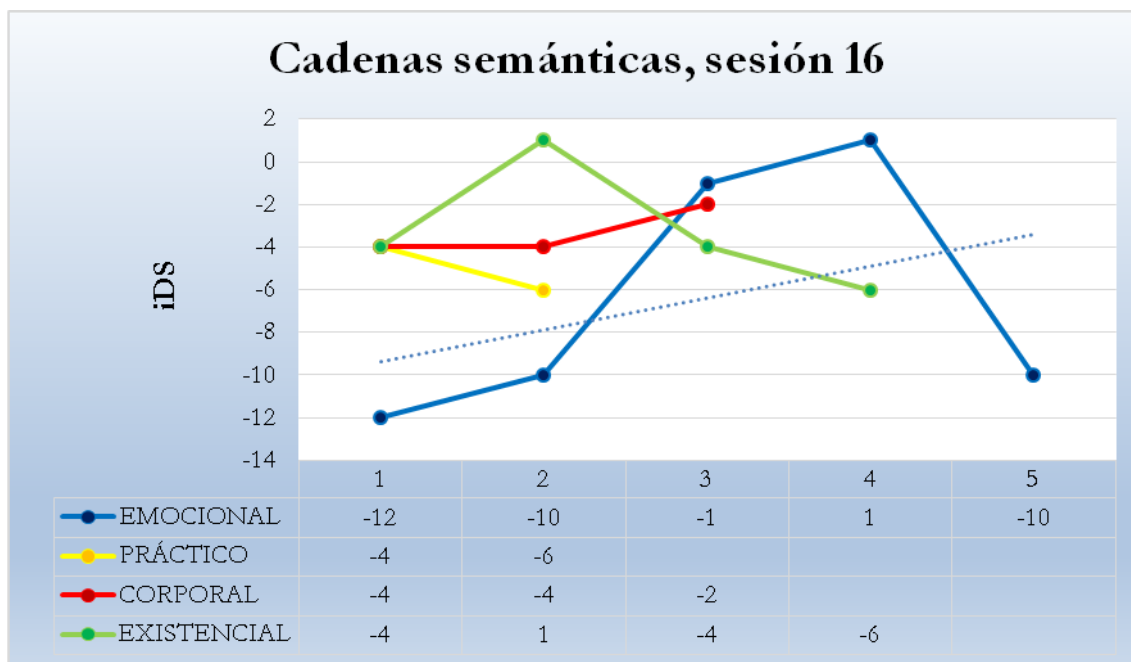


Figura 26: iDS, cadenas semánticas, sesión 16

En esta mini sesión, cargada de negatividad, hay que observar que la práctica totalidad de las puntuaciones están por debajo de cero y sólo aparecen como elementos positivos, la petición de ayuda, en el campo existencial y el interés por la amiga, en el campo emocional.

La valoración acumulada de los campos se sitúa completamente a la izquierda de la gráfica, descargando en esta breve sesión, todo el negativismo, que sin duda servirá para drenar la tensión acumulada.

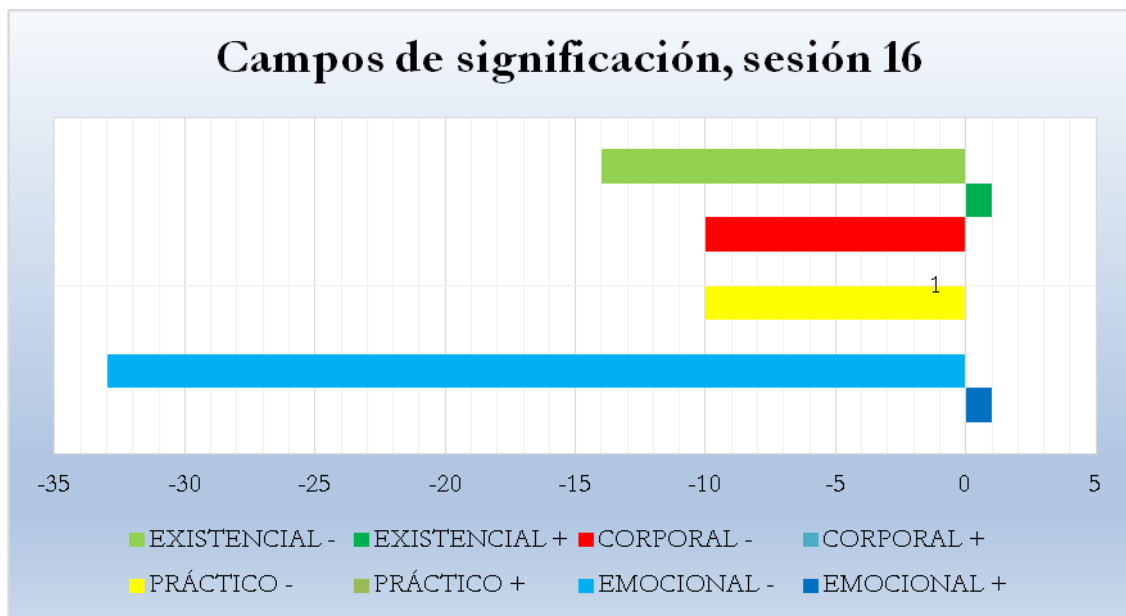


Figura 27: Campos de significación, sesión 16

En este caso, parecía razonable permitir que la paciente abandonase la sesión, pudiendo entenderse como una muestra de la flexibilidad del encuadre, y de la captación contratransferencial comprensiva de la situación de especial dificultad que manifiesta.

### 13.6 iDS y Campos de significación de la fase mesetaria

Tomando como muestra las sesiones 12, 13, 14, 15 y 16 podemos analizar la evolución de los índices dinámicos de cada campo de significación, diacrónicamente.

El proceso de elaboración emocional que supone la fase mesetaria en conjunto, presenta un ahondamiento en las dificultades.

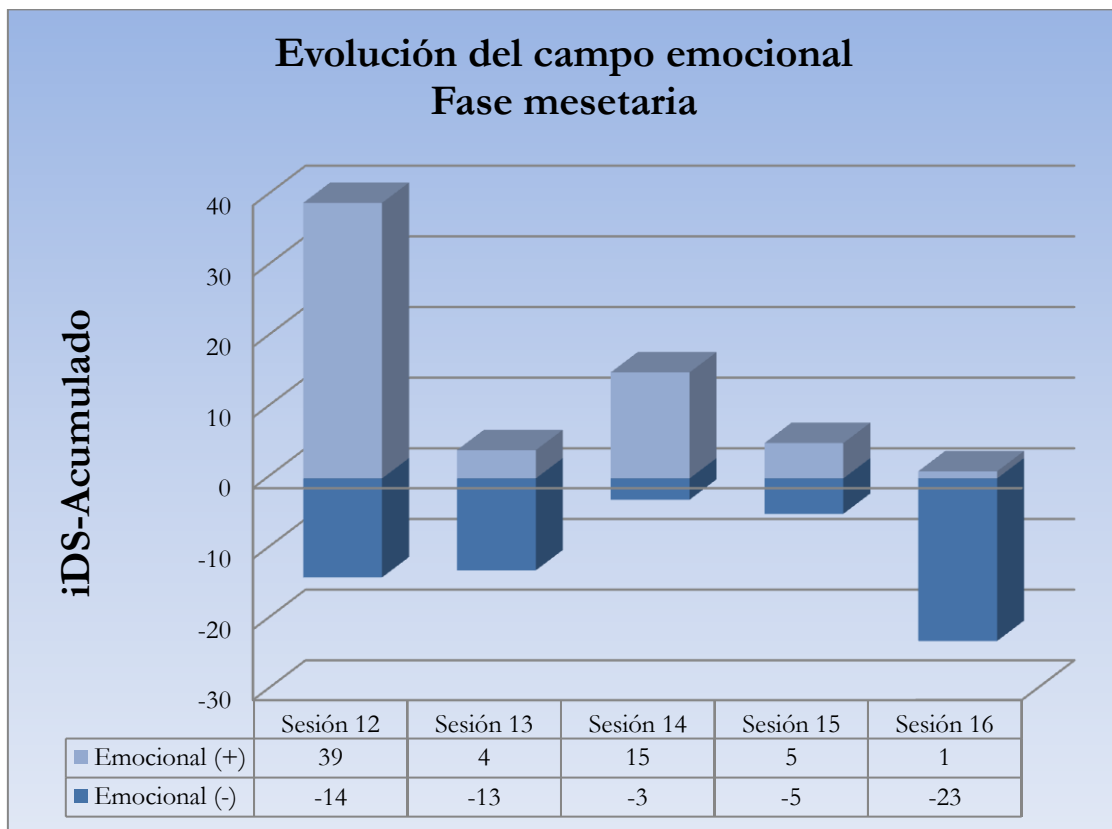


Figura 28: Evolución del campo emocional. Fase mesetaria.

La *cura de realidad* supone tanto la aceptación de altibajos en las emociones positivas, como permitir la expresión de las emociones negativas, que considerada en conjunto, para el total de la fase mesetaria, parecen equilibrarse con las positivas, en la siguiente gráfica.

TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

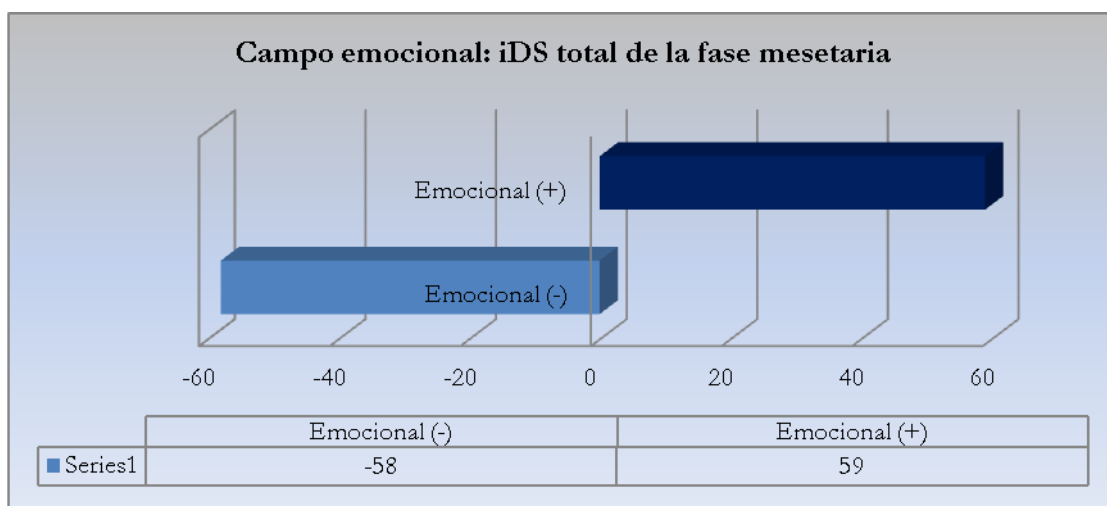


Figura 29: Campo emocional: iDS total de la fase mesetaria

Es preciso insistir una vez más que estos datos no tienen un valor en sí, sino por analogía. Adquieren sentido en comparación con otros campos de significación en el conjunto de las diferentes fases del proceso, y sirven para mostrar de forma *suficiente* cómo evolucionan los índices dinámicos de salud, en el transcurso de las sesiones, en cada fase, y en el proceso en conjunto.

Así, observamos también la evolución del campo práctico en esta fase. Parece lógico constatar una continuidad en la tendencia a la baja en este campo y debemos buscar la explicación observando que a medida que pasan las semanas y aumentan las responsabilidades, aumentan también las dificultades prácticas, generalmente ocasionadas con *actos fallidos*, que son la segunda vía de acceso a lo inconsciente, después de los sueños.



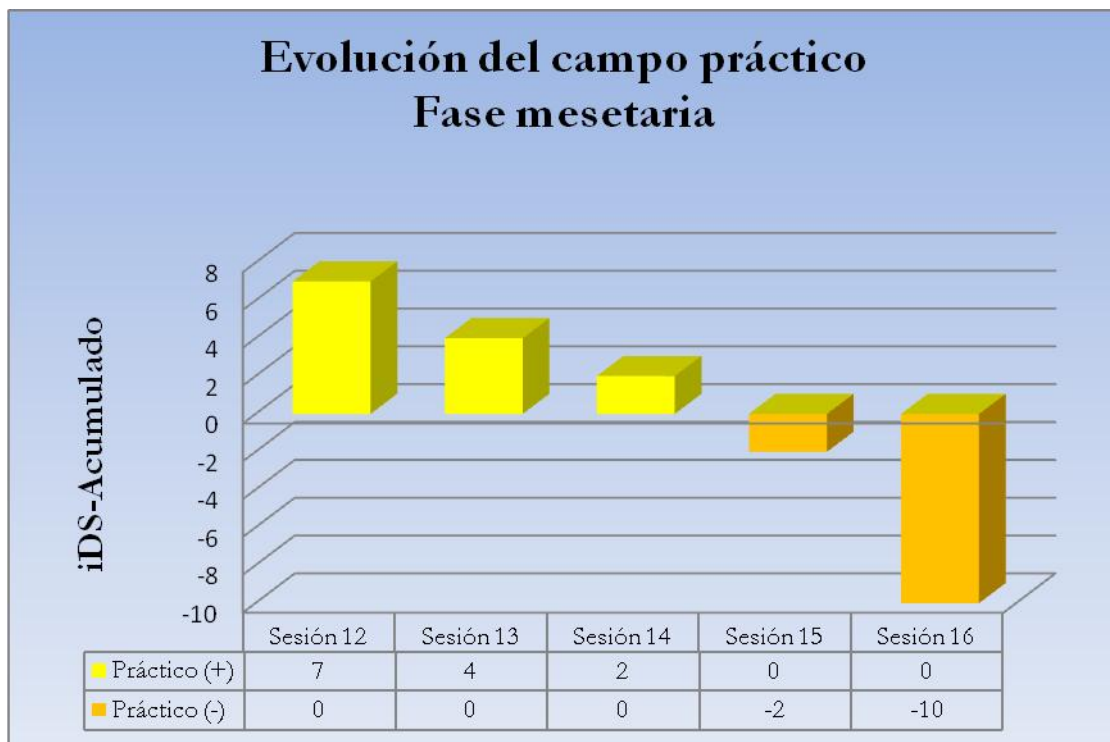


Figura 30: Evolución del campo práctico. Fase mesetaria

Nos encontramos ante una paciente que apenas sueña, apenas elabora fantasías, vive muy apegada a la realidad, con un duelo constante por su situación legal, por la separación de su hijo, por las tensiones con su familia y teniendo que dirimir, cada día, con los requerimientos de una comunidad terapéutica organizada y exigente.

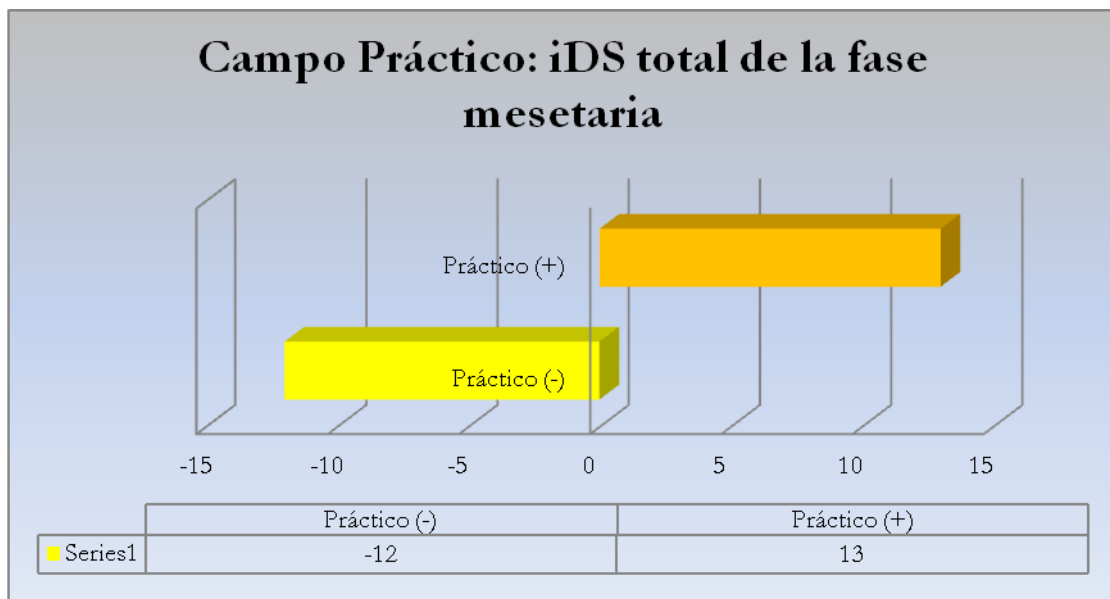


Figura 31: Campo Práctico: iDS total de la fase mesetaria

En estas circunstancias, aparecen actos fallidos, pero también empiezan a desplegarse unas habilidades prácticas que no había en las primeras sesiones.

El cuerpo, la imagen corporal, las sensaciones cenestésicas y todo el campo semántico que constelan, aparecen claramente como uno de los núcleos de conflictividad en esta fase mesetaria:

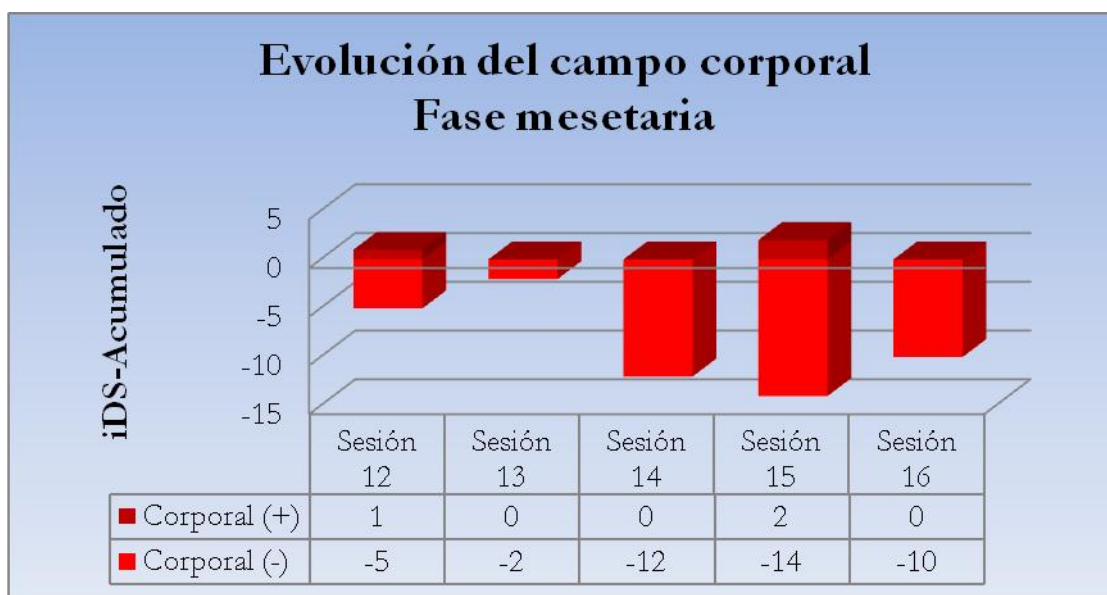


Figura 32: Evolución del campo corporal. Fase mesetaria

Nos encontramos aquí con el núcleo de conflictividad más difícil de resolver, considerando los índices dinámicos de salud y podemos localizarlo concretamente en la sesión 15, cadenas 19 a 30. (s15:19-30)

*“19-Me sigo viendo fea, gorda y a disgusto,*

*21-nunca he estado tan gorda,*

*23-estoy a disgusto, me siento mal,*

*24- intento comer menos, pero no hay manera,*

*26-no voy a aceptarme con el cuerpo así. Estoy en contra.*

*27- Porque estoy mal, física, psíquicamente, no estoy de acuerdo.*

*28- De qué me sirve aceptar que estoy gorda, aceptarme tal y como estoy si no estoy de acuerdo*  
*29- no me voy a aceptar tal y como estoy.*

TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

30-*Porque si me acepto tal y como estoy, no haría nada por cambiar, y yo quiero cambiarlo*”

Aquí se muestra con claridad el balance corporal negativo de esta fase mesetaria:

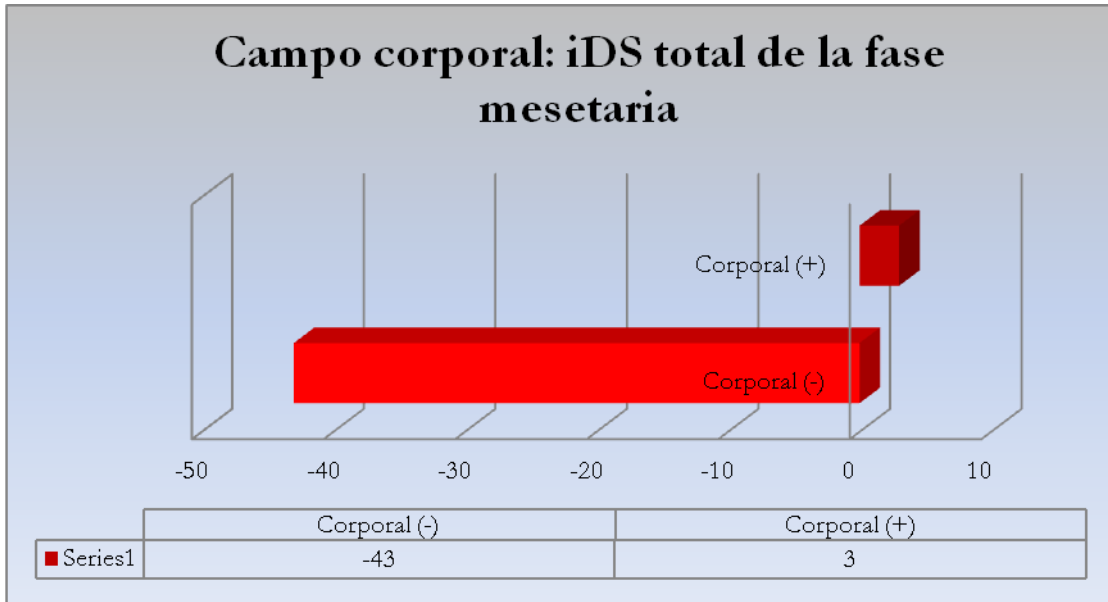


Figura 33: Campo corporal: iDS total de la fase mesetaria

También podemos observar cómo evoluciona en esta fase el campo de significación existencial, que a pesar de ser el campo que mejor evoluciona en el proceso en conjunto, presenta una irregularidad destacable en la sesión 13:

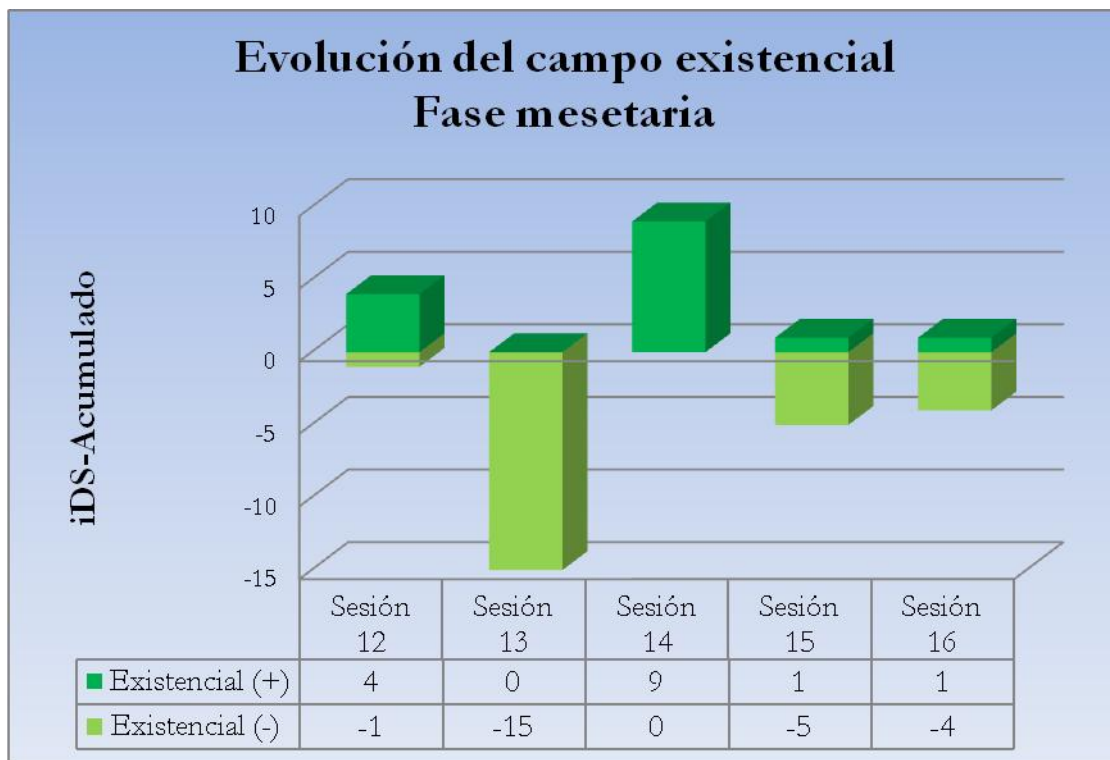


Figura 34: Evolución del campo existencial

En la sesión trece, el núcleo de conflictividad existencial se centra en la ausencia de relaciones y de amigos, relatando que *fuera (de la cárcel) sólo tenía conocidos e interesados, o porque tenía dinero o porque tenía droga*” y en las sesiones 15, la descalificación de un compañero y 16 la falta de ayuda, son los valles ocasionados en la vida de la comunidad, frente a una cumbre, en la sesión 14, ante la notificación de su abogado de la reducción de la condena.

TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

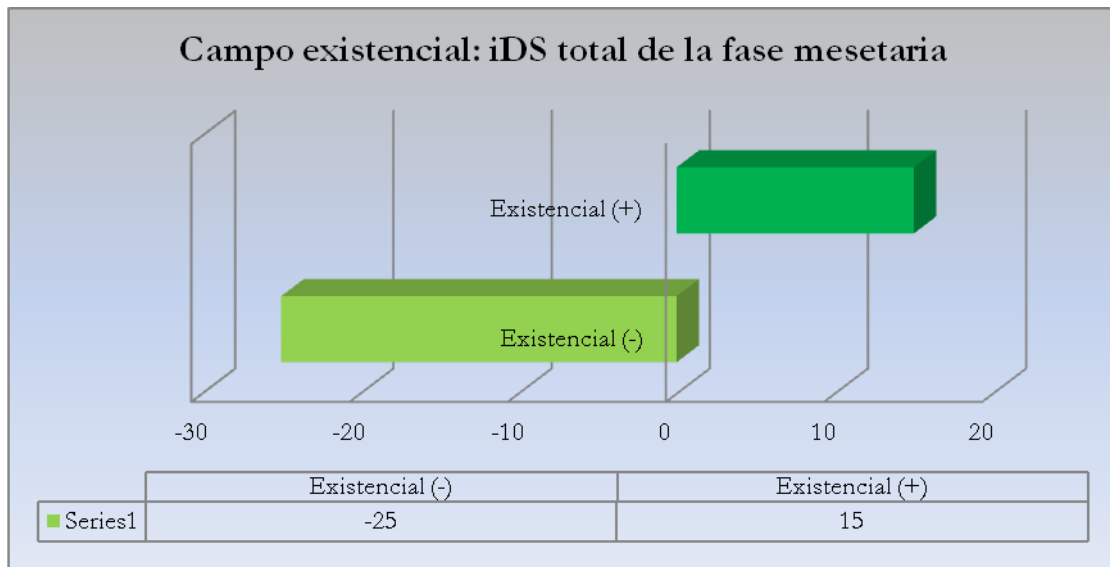


Figura 35: Campo existencial: iDS total de la fase mesetaria

Con estas gráficas que resumen el iDS total de cada uno de los campos de significación correspondientes a la fase mesetaria, damos por finalizado el análisis cualitativo correspondiente a la presentación de resultados de esta fase inicial y dedicaremos los apartados siguientes a la presentación de resultados correspondientes a las fases medias y finales: resistencias (11) resolución (12) integración (13) resemantización y (14) práctica.

#### 14. ÍNDICES DINÁMICOS DE SALUD Y RESISTENCIAS EN EL CASO ELISA.

En todo proceso terapéutico inevitablemente surgen resistencias, que se van jalonando a lo largo de las distintas fases, con una intensidad variable. Establecer entonces una fase de recrudescimiento de las resistencias es más un artificio teórico que una realidad claramente definida, puesto que todo esquema es artificial y superpuesto; la cuadrícula está en el mapa –no en el territorio- y sin embargo puede servirnos para una mejor **comprensión** de la dinámica del caso.

En las sesiones siguientes, de la 17 a la 26, nos limitaremos a señalar y establecer un esbozo de “análisis de resistencias”, que debe ir inevitablemente unido al “análisis de la transferencia” observando los mecanismos de *regresión*, que se producen al aplicar una *mayéutica frustrativa*.

Ciertamente las resistencias, especialmente en su recrudescimiento, en las fases medias, dificultan el avance del proceso. Pero a la vez, cada resistencia puede proporcionarnos las claves más profundas e insospechadas para su superación y también para la resolución del caso, si procedemos a un examen de su micro-estructura *en concreto*.

Las resistencias constituyen entonces un material de análisis de primera calidad, en el que entran en juego los binomios **resistencia-transferencia** y **frustración-regresión**.

Cuando estas claves no son suficientes para el esclarecimiento de las estrategias inconscientes que se oponen al cambio, será preciso recurrir, de forma secundaria pero complementaria, al **análisis de síntomas** mediante el desciframiento de lo que estos síntomas incrementados o nuevos, apreciando su **coeficiente de simbolización**, que

## TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

toda conducta desajustada tiene, para desenmascarar el significado de las resistencias. Se presentan a continuación los resultados obtenidos de las sesiones 17, 19 y 20, como ejemplo de la evolución de la fase resistensiva.

### 14.1 Sesión 17

Véase la codificación de la sesión -17 y la valoración de las cadenas semánticas en la Tabla 21

Se observa en esta sesión la ausencia de *cadenas semánticas* (Cencillo, 1988) correspondientes al campo práctico. La lectura en el reborde negativo de la palabra nos lleva a preguntarnos ¿por qué no hay referencias a las actividades prácticas?: Resistencias.

La línea de base está en iDS:C(-10) y la cumbre en el iDS:Ex(20)

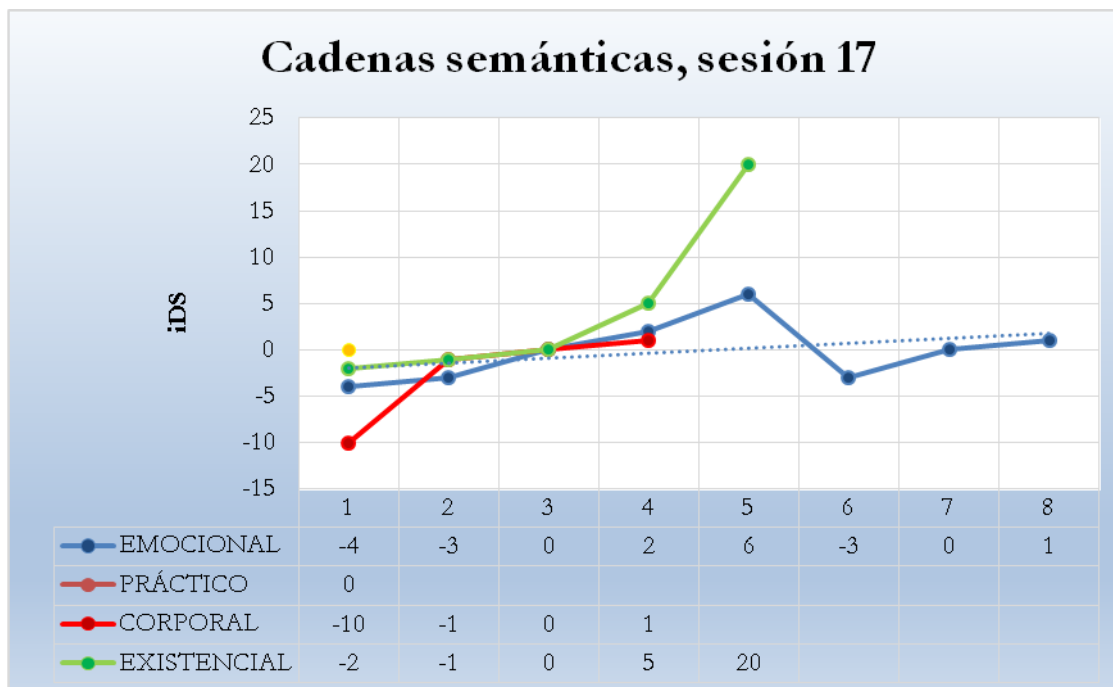




Figura 36: Cadenas semánticas, sesión 17

Destaca el posicionamiento existencial positivo de las cadenas 8 a 24, que puede resumirse en la frase: *Para mí mi hermano es mucho, lo es todo*. Unido a la adquisición de una nueva responsabilidad, al tener que cuidar de un “hermano” de la comunidad terapéutica.

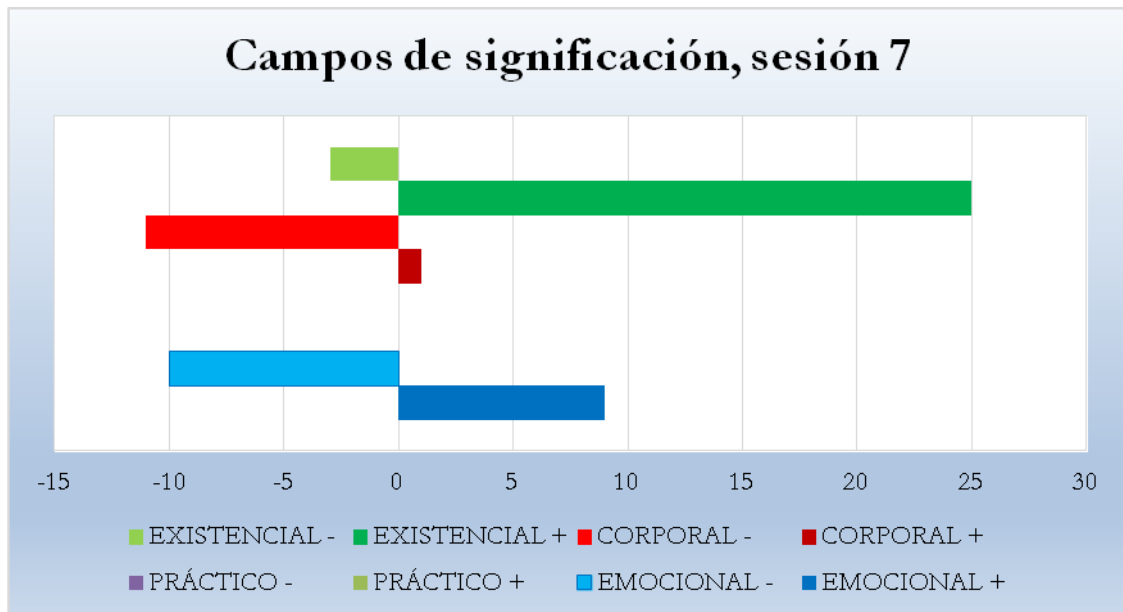


Figura 37: Campos de significación, sesión 17

### 14.2 Sesión 19

Véase la codificación de la sesión -19 y la valoración de las cadenas semánticas en la Tabla 22.

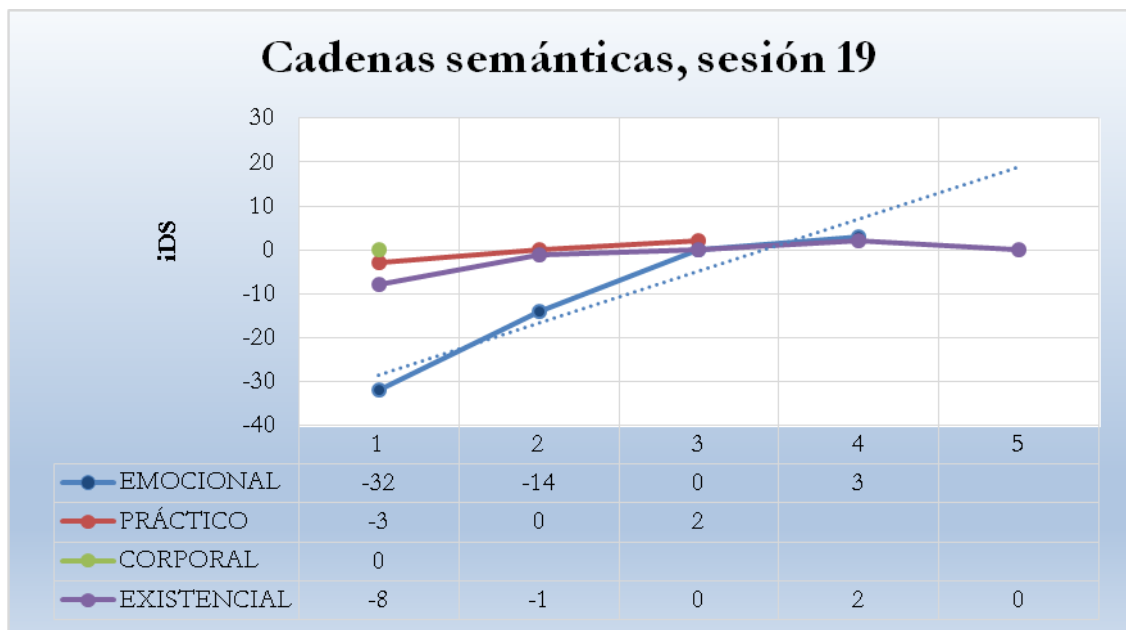


Figura 38: Cadenas semánticas, sesión 19

Destaca el iDS:E(-40) en relación con los intensos sentimientos de culpa y el desconcierto de que se hayan producido consumos dentro de la comunidad.

En esta sesión el campo que permanece ausente es el corporal. (Resistencia)

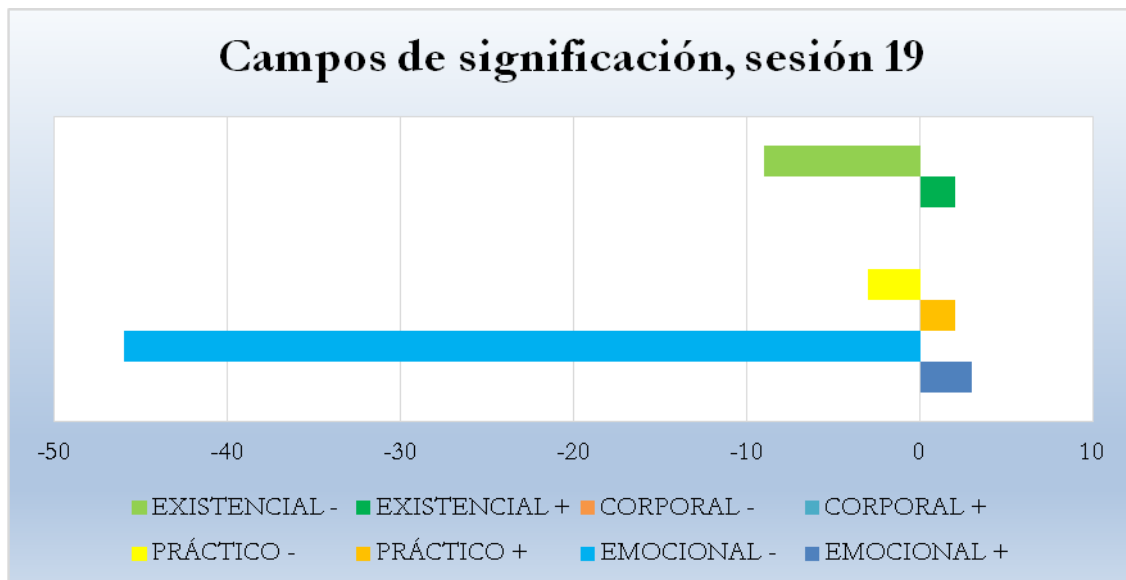


Figura 39: Campos de significación, sesión 19

En conjunto, parecen predominar las puntuaciones negativas sobre las positivas, adquiriendo una considerable importancia relativa el malestar emocional.

### 14.3 Sesión 20

Véase la codificación de la sesión -20 y la valoración de las cadenas semánticas en la Tabla 22.

El iDS más bajo de esta sesión (-12: EX) corresponde al relato de su iniciación en las drogas, a los trece años, viviendo en casa de una amiga, para huir de los malos tratos; y el iDS más alto, al primer reencuentro con toda la familia, después de dos años.

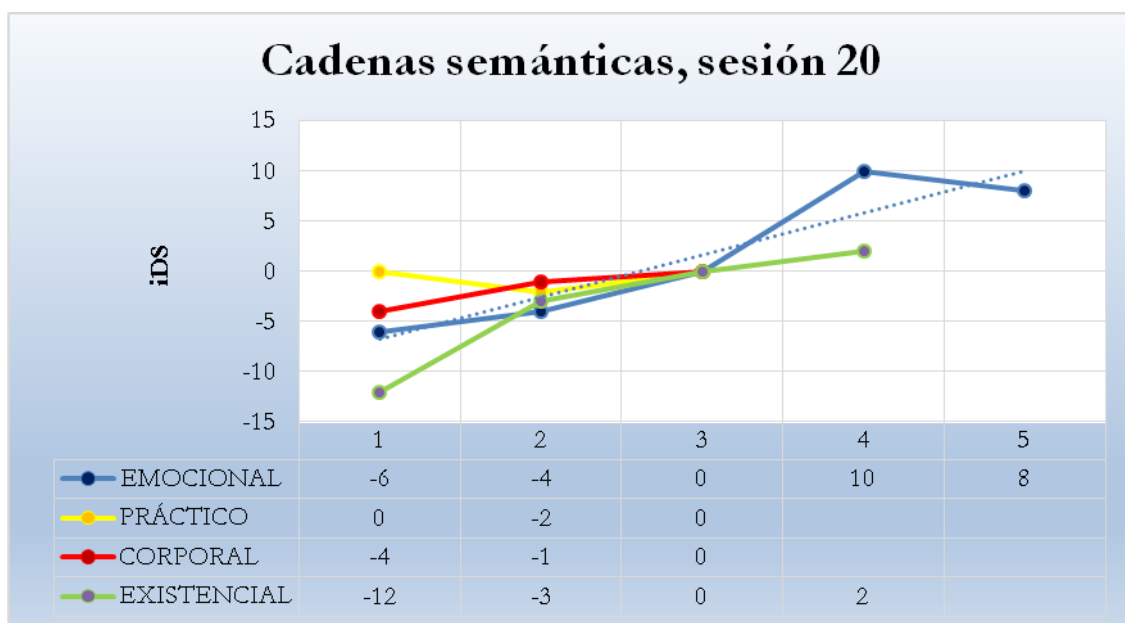


Figura 40: Cadenas semánticas, sesión 20

## TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

Con excepción del campo emocional, siguen predominando los índices netamente negativos en todos los campos, posiblemente condicionados también por la fase de recrudescimiento de las resistencias, como se muestra en a figura siguiente:

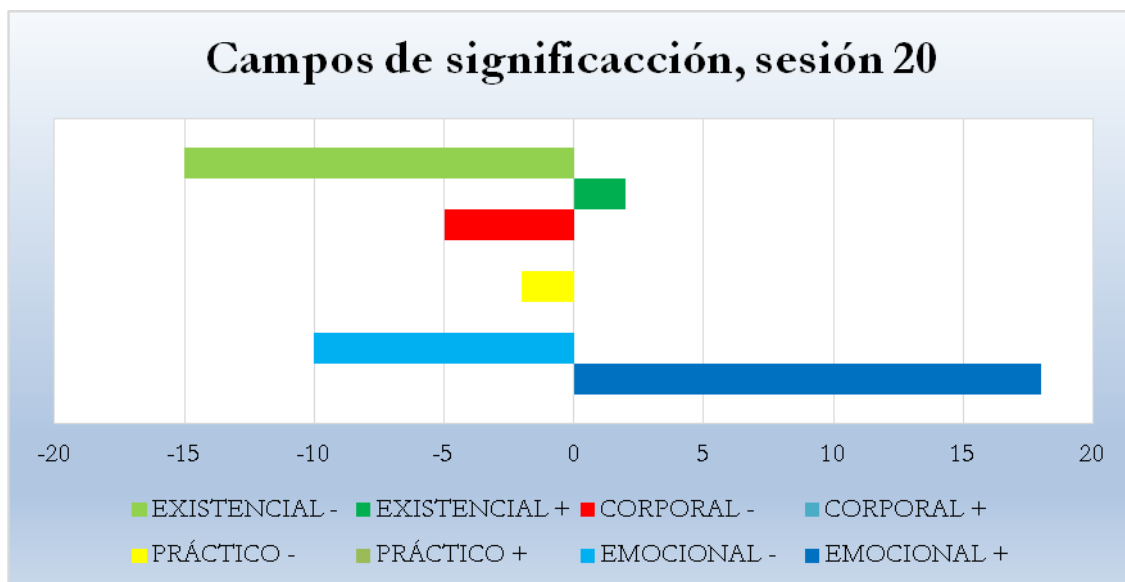


Figura 41: Campos de significación, sesión 20

### 14.4 Valoración de iDS y Campos de Significación en la fase resistente

Tomando como ejemplo las tres sesiones que hemos valorado, podemos resumir la valoración de cada uno de los campos en relación a la elaboración de las resistencias; y así, en el campo emocional, observamos los siguientes datos:

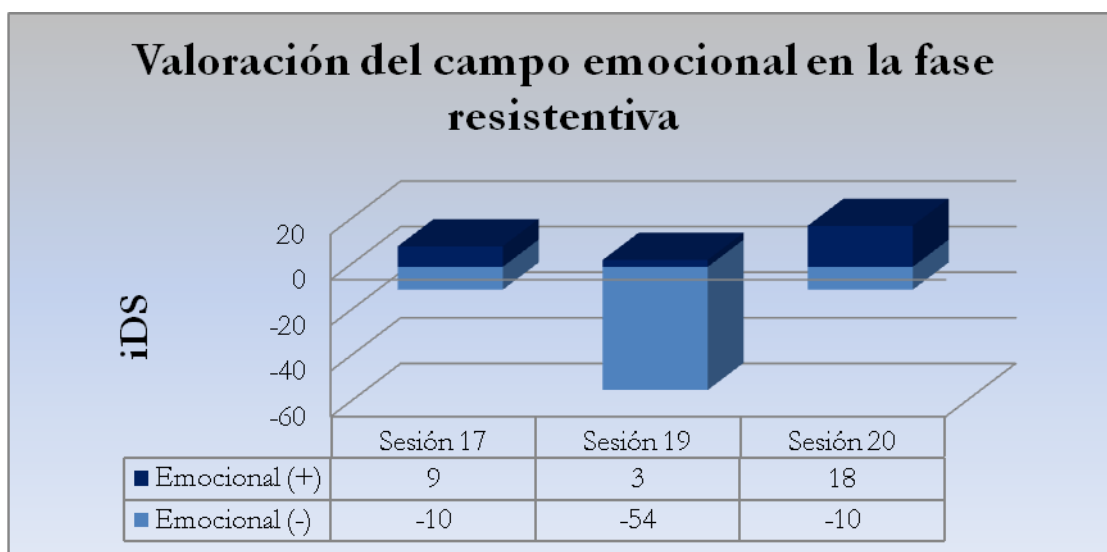


Figura 42: Valoración del campo emocional en la fase resistensiva

Identificamos el nudo de conflictividad más importante de esta serie y posiblemente de todo el proceso en las primeras *cadena semánticas* (Cencillo, 1988) del campo emocional de la sesión 19:

*ya la he preparado  
con mi madre estoy también mal  
porque no estoy cambiando  
porque voy a acabar en Topas  
Es tocar el tema del "pollo" y es que se pone....  
Porque el niño no puede por tu culpa  
porque el niño no duerme por tu culpa  
porque el niño no hace caso por tu culpa...  
todo es por mi culpa, Javier, todo.*

La relación con la madre será uno de los ejes en torno a los que gira su proceso, teniendo que luchar con sentimientos contradictorios: Por una parte es muy consciente de que ella ha fracasado en los intentos anteriores de rehabilitación y se siente en deuda con su madre. Por otra parte, siente que su madre está usurpando su papel de madre y

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

culpándola a ella de las conductas desadaptadas de su hijo, generando un considerable malestar emocional, como se refleja en esta fase:

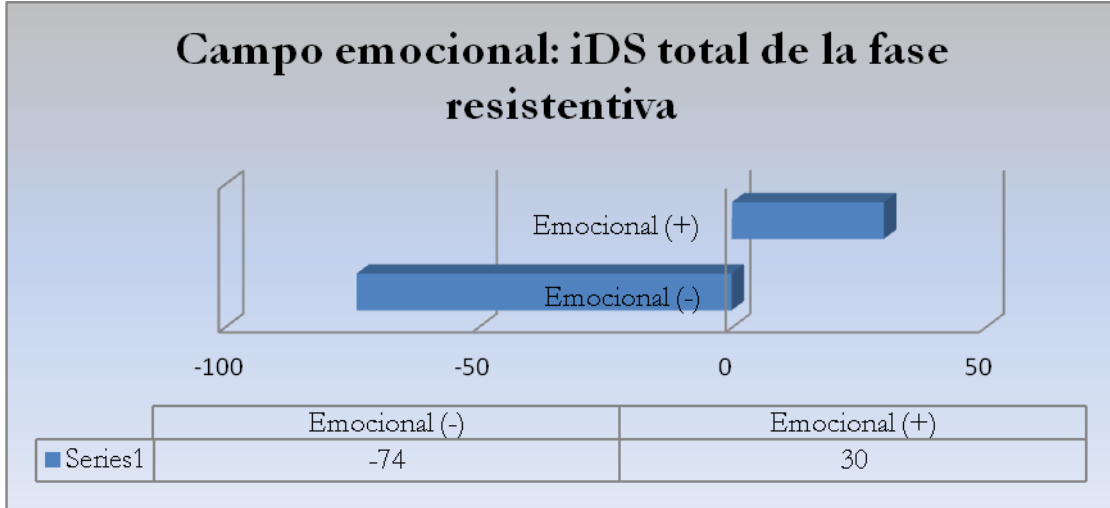


Figura 43: Campo emocional: iDS total de la fase resistensiva

Las referencias a las cuestiones prácticas son inexistentes o básicamente negativas:

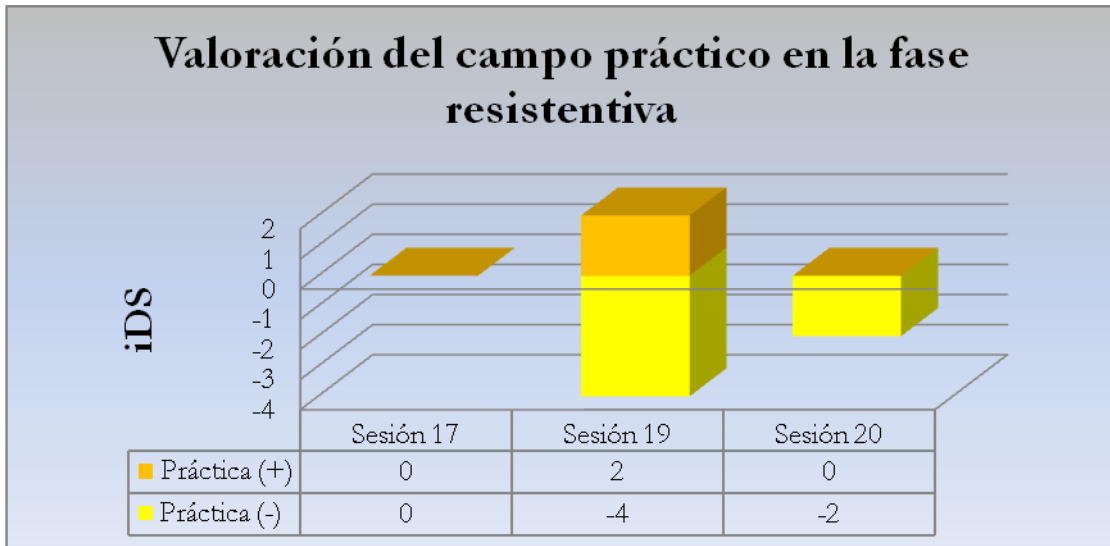


Figura 44: Valoración del campo práctico en la fase resistensiva

La acumulación de índices negativos corresponde a actos fallidos (v. S-19)

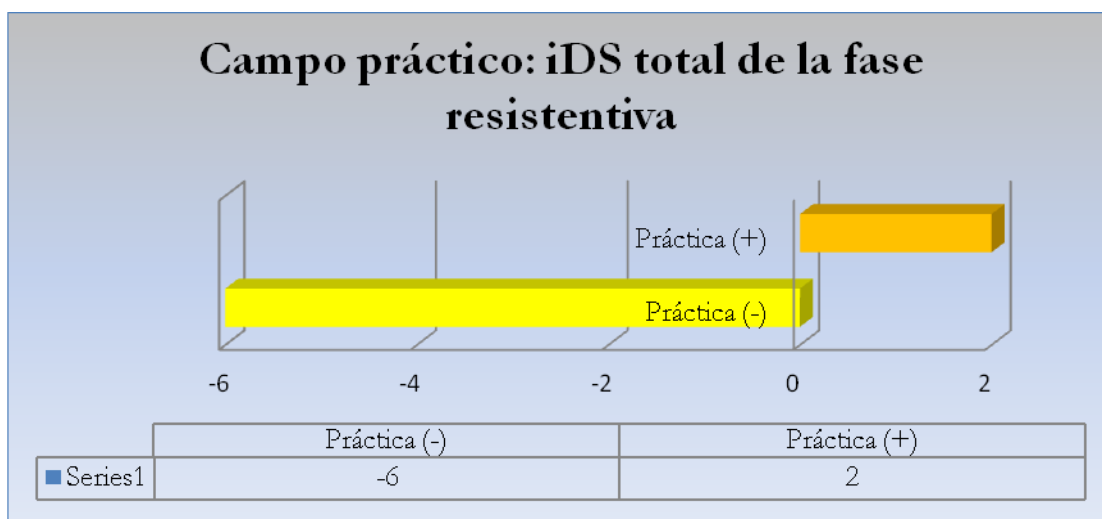


Figura 45: Campo práctico: iDS total de la fase resistensiva

Las sensaciones corporales negativas tienen un núcleo de conflictividad en el rechazo de la sexualidad (s17) “*No disfruto, no llego al orgasmo, no me gusta*”, que constituye un síntoma. También es conflictivo el rechazo de su imagen corporal, condicionada por un sobrepeso de 50 Kg.

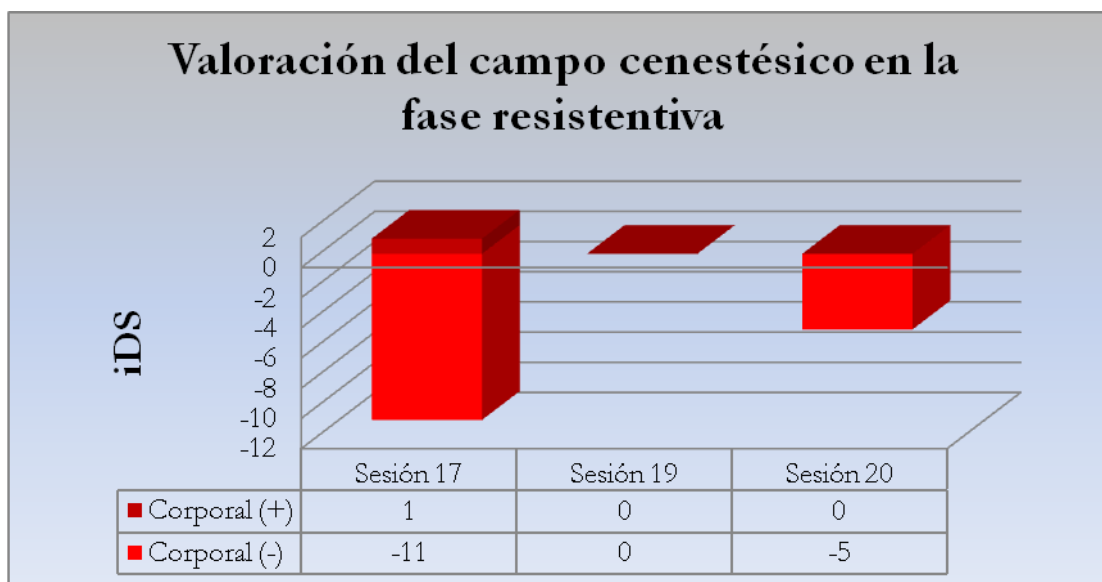


Figura 46: Valoración del campo cenestésico en la fase resistensiva

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

Esta negatividad respecto a las cenestesias, amplificada por otros problemas de salud va a permanecer constante a lo largo del proceso y se refleja con claridad en la siguiente gráfica:

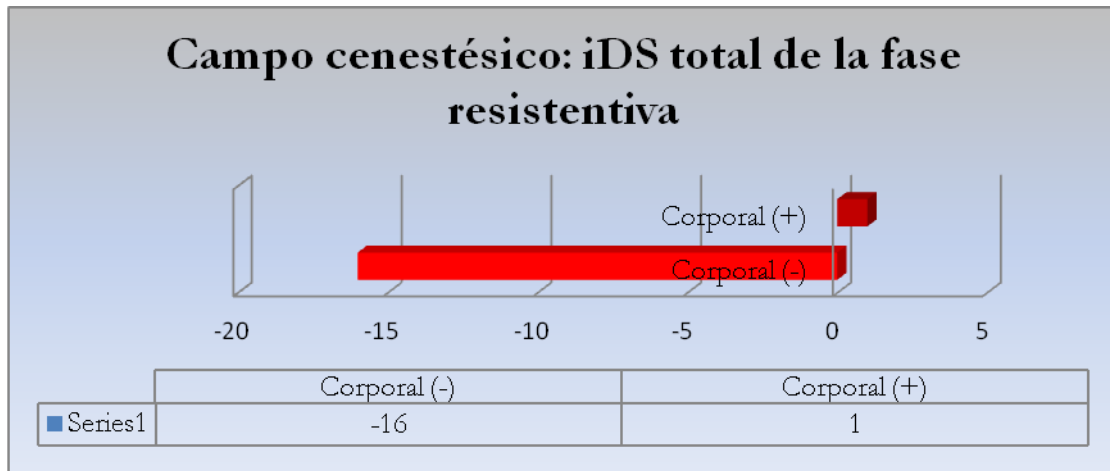


Figura 47: Campo cenestésico: iDS total de la fase resistensiva

En el campo existencial, en cambio, destaca como *cumbre* de esta fase el iDS 25 de la sesión 17, (s17:25:EX), que puede resumirse en la frase: “*Somos una familia muy unida, me he dado cuenta*”



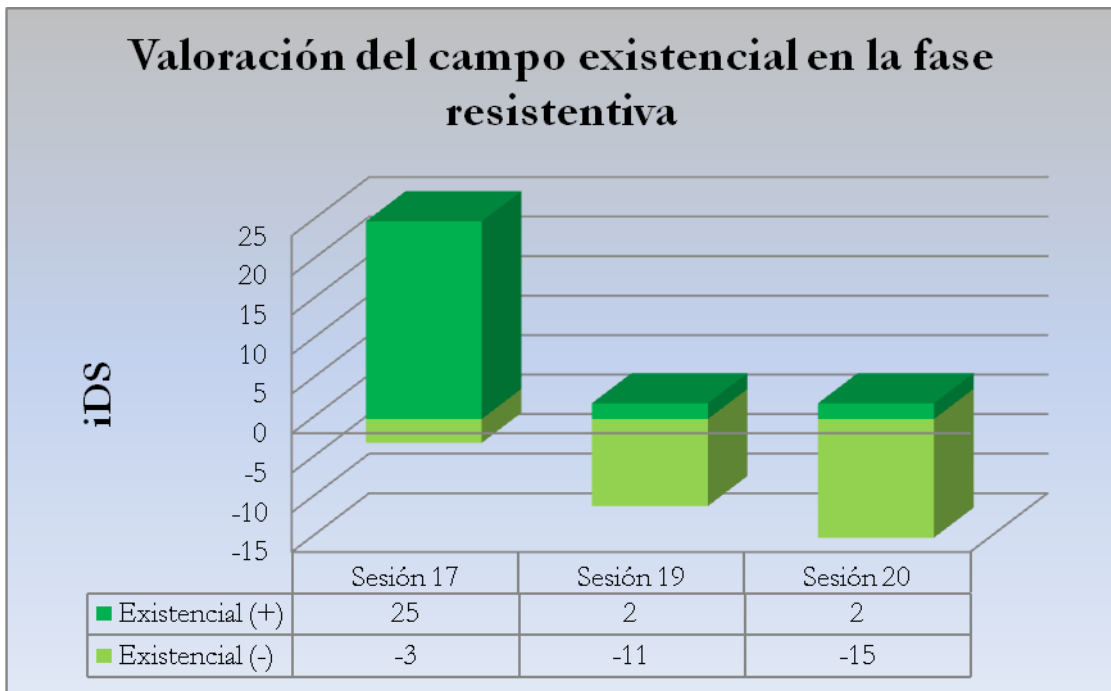


Figura 48: Valoración del campo existencial en la fase resistensiva

En conjunto, incluso en esta fase de recrudecimiento de resistencias, parece que están igualados los polos positivo y negativo del campo de significación existencial.

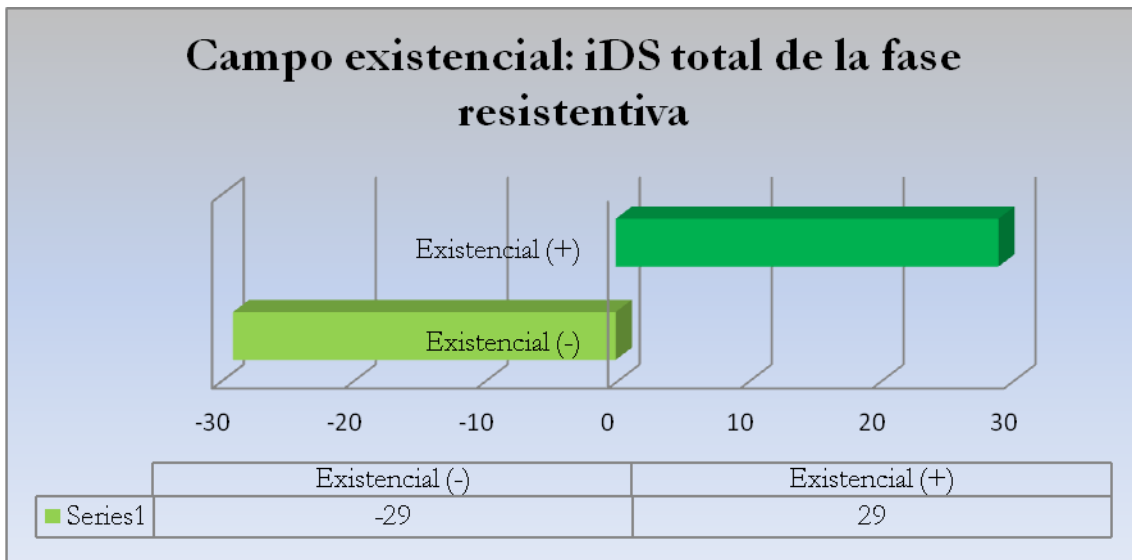


Figura 49: Campo existencial: iDS total de la fase resistensiva

Es precisamente en esta fase de resistencias cuando aparecen con más claridad los núcleos de conflictividad, pero a pesar de las gráficas que parecen aportar claridad a los procesos que resuelve el analista intuitivamente, el peor de los errores es creerse en posesión de las claves del caso, desde la certeza que proporciona la doctrina de la propia escuela.

Cencillo nos advierte de que el terapeuta ha de hacerse a la idea de que lo ignora todo y recibir siempre el material del paciente *con ojos nuevos*, asombrados ante la originalidad de lo real en forma de *proceso-en situación-afectivamente-vivida*, que es el psicoanálisis.

### 15. ÍNDICES DINÁMICOS DE LA RESOLUCIÓN EN EL CASO ELISA.

Resolver, significa desatar el nudo, abandonar definitivamente la ganancia secundaria, sentir el impacto que nos obliga a cambiar de trayectoria, tomar la firme decisión de cambiar de vida y orientarnos a la salud. Generalmente suele ocurrir después de un periodo de recrudescimiento de las resistencias, como solución a dificultades sobrevenidas en el proceso y todo parece resolverse en uno o varios *insights*, que es algo así como *caer en la cuenta*, *darse cuenta*, *comprender profundamente* y es algo que afecta produciendo un cambio duradero porque no es un hecho exclusivamente intelectual, sino también emocional y estructural.

El *cambio intelectual* que se produce en la terapia, especialmente en la fase resolutiva, supone disponer de mayor información, respecto a uno mismo y a las circunstancias objetivas de la realidad, pero es posiblemente el cambio más superficial. Cuando a este cambio se añaden *componentes emocionales*, a veces muy intensos como la risa o el llanto y la comprensión modifica el estado de ánimo, entonces los cambios que se producen en la personalidad son más duraderos. Estos cambios, pueden cristalizar, avanzada la terapia en un *cambio estructural*, en el que se bajan las defensas neuróticas y se fortalece el núcleo de la personalidad.

El terapeuta, debe desempeñar un papel especialmente activo en la fase resolutiva. Cencillo, en sus seminarios utilizaba la expresión: “*Poner al paciente entre la espada y la pared*”, indicando que en cierto modo es necesario en esta etapa *obligar al paciente a tomar una decisión*.

TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

---

Por supuesto, se trata de una técnica activa, y como tal es excepcional y sólo debe utilizarse *en sazón*, en el momento más oportuno y teniendo siempre presente que *persuadir* al paciente de una determinada decisión puede tener un efecto contraproducente, si el paciente no siente esa decisión como verdaderamente suya y la considera una imposición del superyó y no del principio de realidad. Porque la verdadera finalidad de esta presión sobre el paciente es forzar que se produzca el *salto del resorte*, que separa el final del recrudescimiento de las resistencias del inicio de la integración de impulsos y energías.

Es un hecho constatado que en la mayoría de los casos este *salto del resorte* –en expresión de Cencillo- se produce en un periodo de tiempo siempre breve, unos pocos días o una sola sesión, en que parece que la estructura neurótica se desmorona de repente, porque *algo* que sujetaba es sistema, ocultando al paciente de sí mismo, se suelta y *se dispara como un resorte* y deja en libertad y en estado de libertad y en estado de movilización los impulsos, las energías y los deseos. Es entonces cuando podemos decir que comienza el proceso de resolución del caso. Pero hay que tener en cuenta que esta resolución, se produce en el paso del ecuador del proceso, en las denominadas *fases medias* y queda por delante un largo camino de integración, resemantización y consolidación dinámica de los cambios y puesta en práctica de la nueva personalidad.

Para que pueda producirse la resolución del caso es necesario que gracias a una transferencia bien construida, las resistencias estén en proceso de disolución, y el paciente confíe lo nuclear de su intimidad, especialmente las dudas, temores y aspectos deficitarios.

TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

---

La autoestima y la identidad son los componentes básicos de la recuperación de Yo en esta fase resolutive. La autoestima que puede reconstruirse en la calidez afectiva moderada de la transferencia nada tiene que ver con el narcisismo compensatorio del deterioro anterior, sino con el aprecio de las partes buenas que el paciente ha podido rescatar de su pasado y de sus posibilidades objetivas, con la ayuda del terapeuta. Una personalidad desajustada se valora en exceso creyéndose mucho más de lo que es o se valora demasiado poco, despreciándose y siendo incapaz de apreciar lo valioso, original y único que toda personalidad encierra.

Resolución es entonces, la capacidad de hacerse cargo de la propia trayectoria existencial, superando la paradoja de no ser capaz de verse ni de apreciarse objetivamente a uno mismo, en el cuerpo, en las emociones y en la práctica, construyendo una nueva identidad, más objetiva y realista. Aunque duela, ser como se es; pero superando constante fuente de inseguridades que suponen las heridas en la autoestima, que se concretan en una serie de *síntomas* característicos, como sentirse incapaz, indigno, perdedor, avergonzado, culpable... La autoestima aquí, sería todo lo contrario, pero con cierta moderación. Los excesos supondrían una exaltación maníaca, también alejada de los criterios de salud. Una de las claves del ajuste de un determinado caso puede estar en que el terapeuta puede ayudar al paciente a comprender las circunstancias adversas que han troquelado una estructura ineficaz de personalidad y cómo con algunos ajustes podemos mejorar.

La identidad, resulta entonces de la vivencia continuada de la singularidad propia en cuanto positiva, capaz, libre y autosuficiente. Esto es algo sencillo pero suficientemente

sólido como para justificar el cambio sustancial que generalmente se produce en la resolución del caso, coincidiendo más o menos, con el *paso del ecuador* de la psicoterapia psicoanalítica.

El análisis que aquí planteamos es necesariamente fragmentario y parcial, pero esperamos que suficiente, puesto que se trata, en primer lugar, de probar una metodología de análisis cualitativo basada en índices dinámicos y en segundo lugar comprobar si la selección de un conjunto de secuencias puede proporcionarnos información valiosa para la identificación, evaluación y seguimiento de la conflictividad inconsciente en relación con la salud mental.

Para dejar constancia de la fase resolutive transcribimos fragmentos de las sesiones 27, 28, y 29, que marcan el inicio de la fase resolutive y procedemos a la identificación de los campos de significación y al análisis gráfico de los índices dinámicos de salud (iDS) de las *cadena semánticas* (Cencillo, 1988), valoración acumulada de los campos de significación y análisis secuencial de las tres primeras sesiones de esta fase para cada uno de los campos.

### **15.1 Sesión 27**

Véase la codificación de la sesión -27 y la valoración de las cadenas semánticas en la Tabla 24.

Las “cumbres de la resolución”, que es el título de los iDS de esta sesión, identifican tres aspectos muy concretos del cambio terapéutico, en esta sesión, en la que destaca la abundancia de material significativo:

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

-En el **plano emocional**, el deseo de hacer las cosas bien y estar acompañada, para prevenir las recaídas.

-En el **plano práctico**, hacerse cargo de su situación legal, a pesar de las dificultades.

-En el **plano existencial**, tomar la firme decisión de completar el programa de rehabilitación para cambiar de vida.

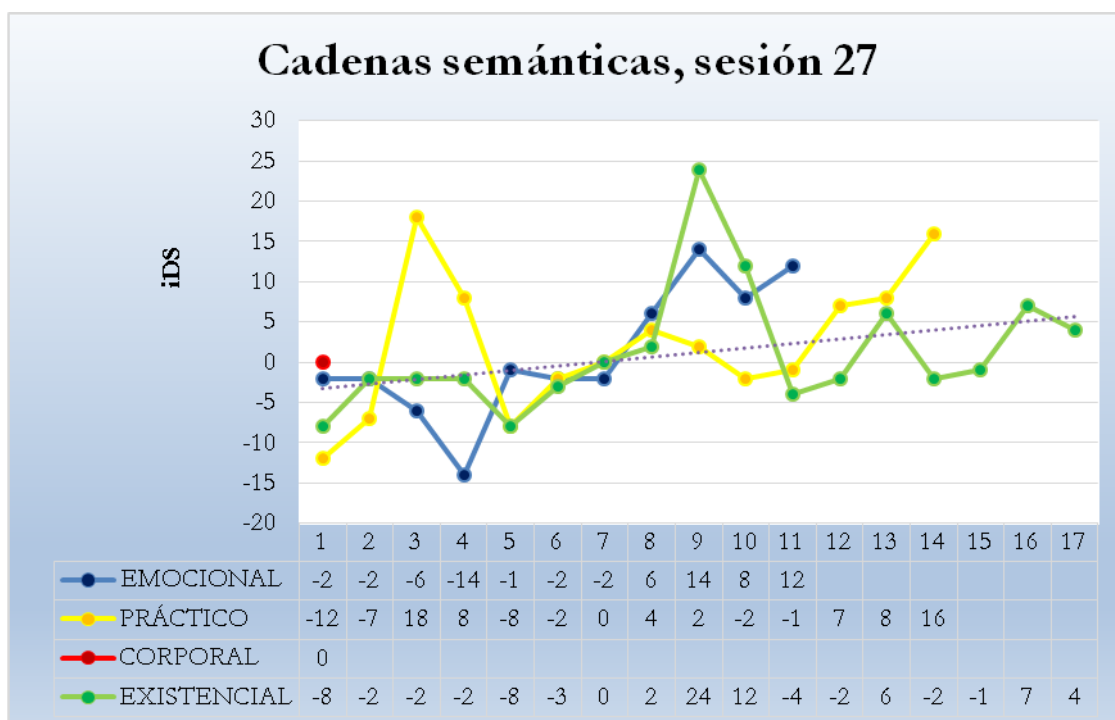


Figura 50: "Las cumbres de la resolución" (s.27)

La valoración acumulada nos muestra un balance claramente positivo en los campos de significación, con la llamativa ausencia de referencias al campo corporal, en el que desde el principio, se identificó a través del iSMOSS *daño psicológico*.

De nuevo la lectura en *el negativo de la palabra*, parece darnos la clave de lo más nuclear del problema y abre posibilidades deductivas en la interpretación, aludiendo a lo

## TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

olvidado (reprimido inconscientemente) que puede justificarse, en este caso por la abundancia y la calidad de los materiales en otros campos, pero que permanece como una señal de vacío significativo.

En el campo emocional positivo, destaca el interés por continuar y terminar el programa de rehabilitación. *Me interesa recuperar mi salud, mi familia y mi mente. Eso no lo puedo hacer ni en casa, ni en la cárcel ni en la calle. Tengo que estar aquí, seguir haciendo las cosas bien y esperar, porque no queda otra.*”

En el campo práctico, se valora muy positivamente hacerse cargo de su situación legal. Y en el campo emocional positivo se diferencian dos tensores motivacionales: El deseo de estar acompañada para evitar recaídas. Y el deseo de estar bien y que pase esta situación (legal) cuanto antes. Los aspectos emocionales negativos presentan un valle iDS:E(-14) en el que manifiesta el temor de comunicarlo a su familia: *“No les voy a contar nada. No sé qué hacer”*

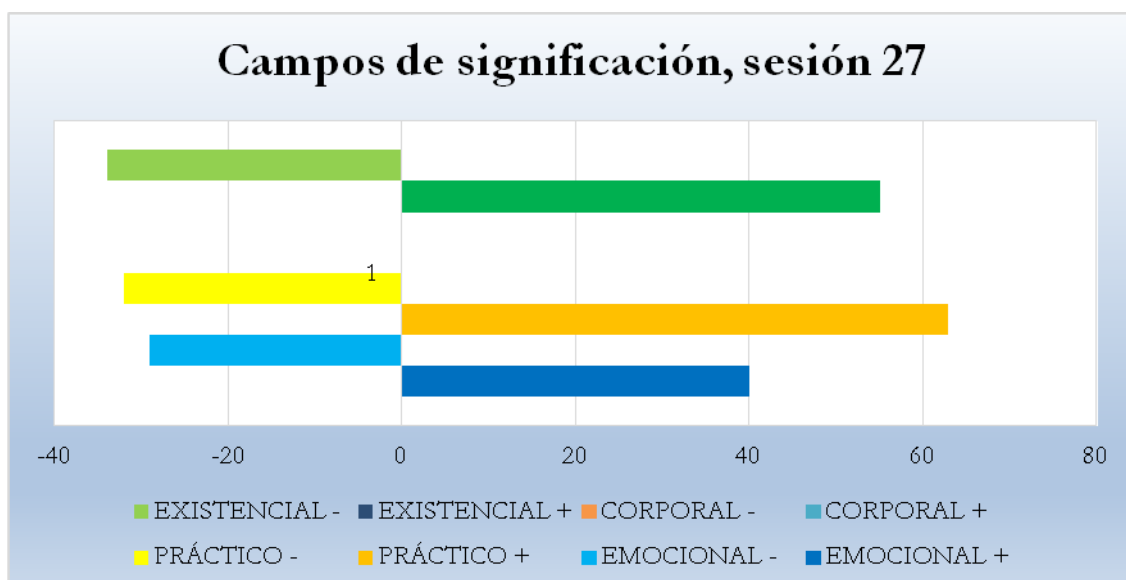




Figura 51: Campos de significación, sesión 27

### 15.2 Sesión 28

Véase la codificación de la sesión -28 y la valoración de las cadenas semánticas en la Tabla 25.

La valoración de las cadenas de esta sesión indica también abundancia de material e intensidad de los contenidos de cada secuencia, como conjunto de cadenas sucesivas pertenecientes al mismo campo, que se resumen en un conjunto de índices dinámicos de salud, que se representan gráficamente y se agrupan por campos de significación en las siguientes figuras:

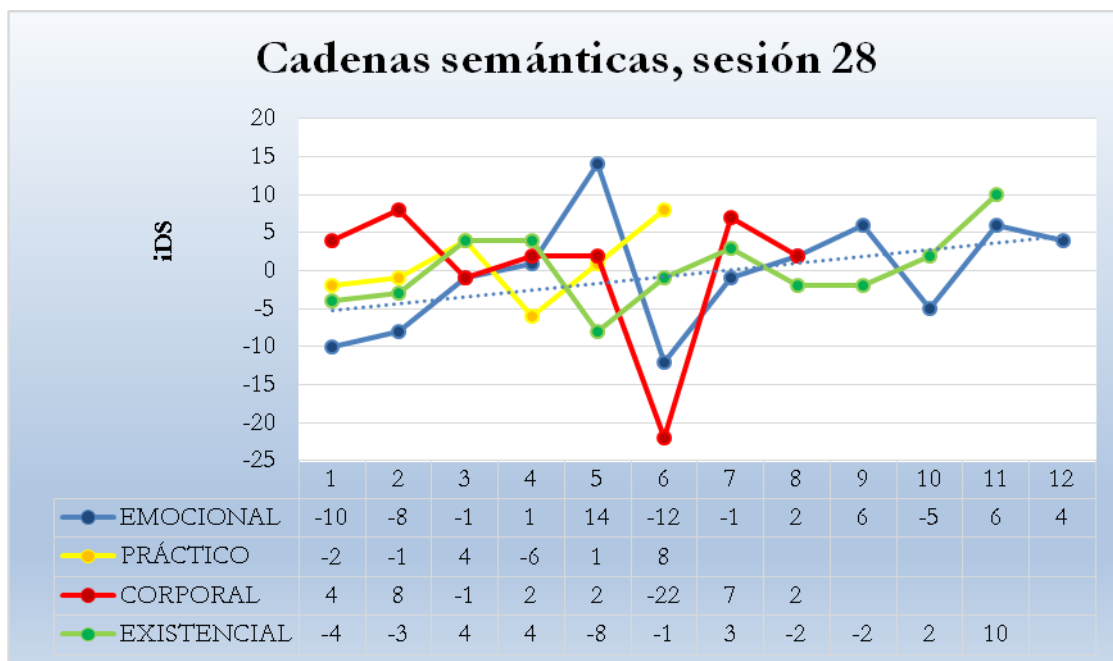


Figura 52: Cadenas semánticas, sesión 28

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

Parece que en esta sesión el proceso resolutivo conlleva un mayor equilibrio entre el conjunto de referencias positivas y negativas de los diferentes campos.

La cumbre emocional iDS:E(14) consiste en caer en la cuenta de la cantidad de dinero que había gastado, al hacer limpieza en su habitación y encontrar 50 bolsas vacías (de cocaína) calculando un valor de 2000 €. Y el valle iDS:E(-12) la discusión con los compañeros.

La valoración positiva en el campo práctico se concreta en su deseo de escribir, a su padre y a su madre para darles las gracias y también escribir una sesión virtual.

Las cenestesias negativas se refieren a su peso, calculando su índice de masa corporal, daba 40, con un peso de 113 Kg, y salió llorando. Dice que no sabe qué hacer, porque está a dieta y no come. Lleva tres días sin dormir.

En el campo existencial destaca como tensor motivacional el interés por su hijo, recordando que no tiene padre y por eso la necesita más a ella.

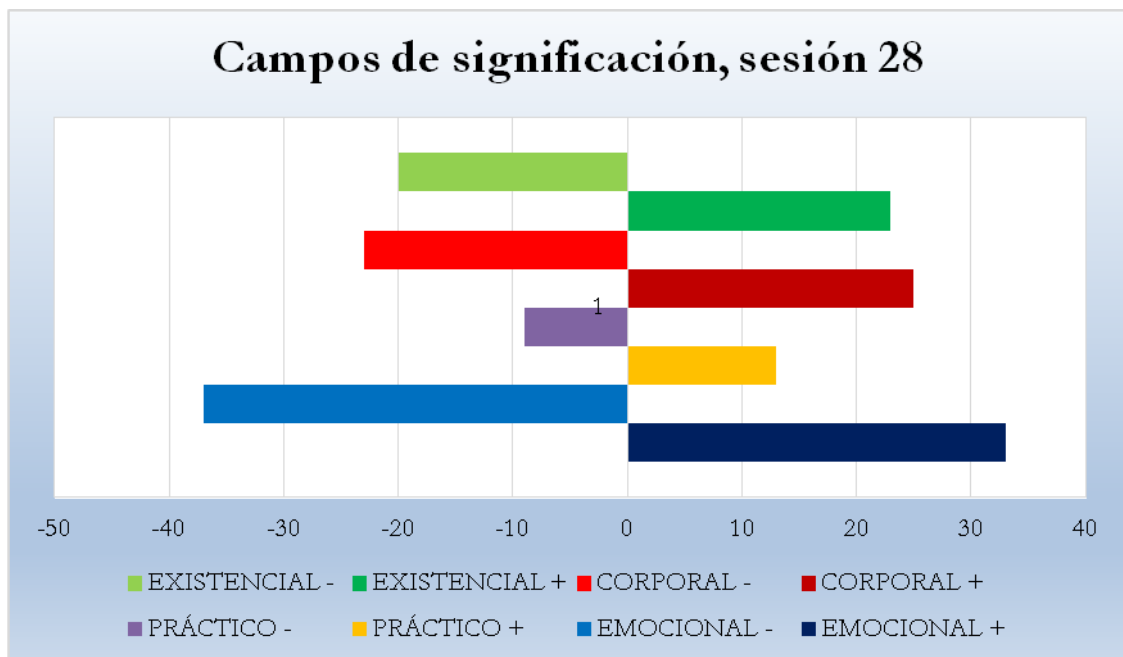


Figura 53: Campos de significación, sesión 28

### 15.3 Sesión 29

Véase la codificación de la sesión -29 y la valoración de las cadenas semánticas en la Tabla 26.

Destaca el *valle emocional* (-26) y las *cumbres* (22), (18), (14), (26) que se perfilan como los índices dinámicos (iDS) claves para la resolución de la inestabilidad emocional.

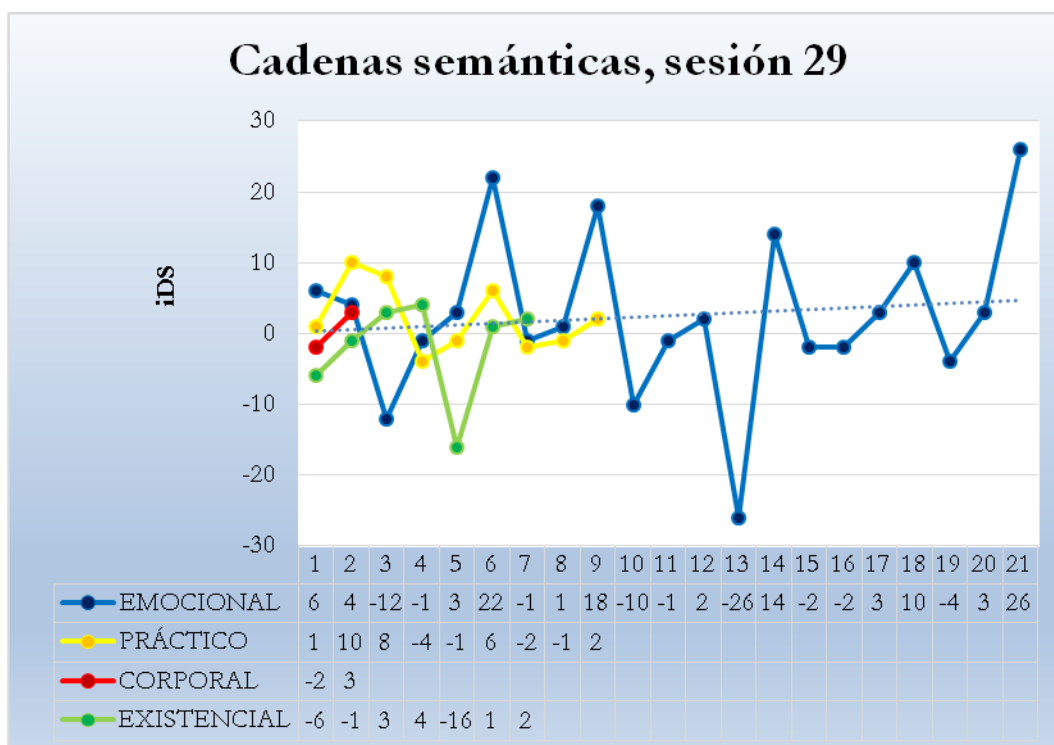


Figura 54: Cadenas semánticas, sesión 29

El valle del iDS:E (-26) Relata los malos tratos, y la denuncia que interpuso su madre, cuando la estaban atendiendo en el hospital. *“A él le detuvieron, lo mandaron al calabozo y a mí me dejaron ingresada”*.

Las cumbres corresponden a iDS:E (22): Relación de amigas con la madre. iDS:E (18): Relación con su pareja actual. iDS:E (14): recuerdo del enamoramiento de su expareja. iDS:E(26): *“Pienso que si consiguiera quitarme de las drogas para siempre, quizás él volvería conmigo”*.

Mejoran los aspectos prácticos con las tareas que tiene que hacer para la comunidad: Sector de limpieza, preparar los pisolabis y desayunos.

TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

El iDS:Ex(-16) Recuerda de nuevo a su novio y dice que se arrepiente de que no sea él el padre de su hijo, aunque si volviera con él tendría que enfrentarse con sus padres.

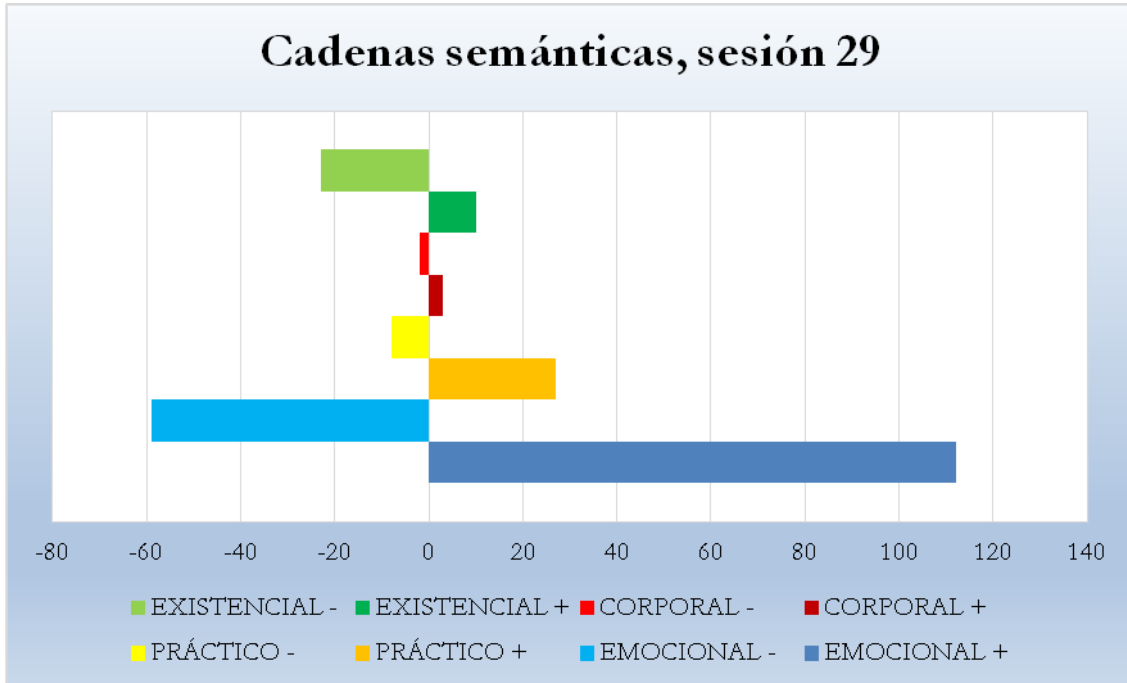


Figura 55: Campos de significación, sesión 29

Esta inestabilidad se hace evidente en la amplitud (-138 +91) de la valoración acumulada del campo emocional, en relación con los demás campos. También es coherente con el análisis de la secuencia de las tres primeras sesiones de la fase resolutive:

**15.4 Valoración de iDS y Campos de significación en la fase resolutiva.**

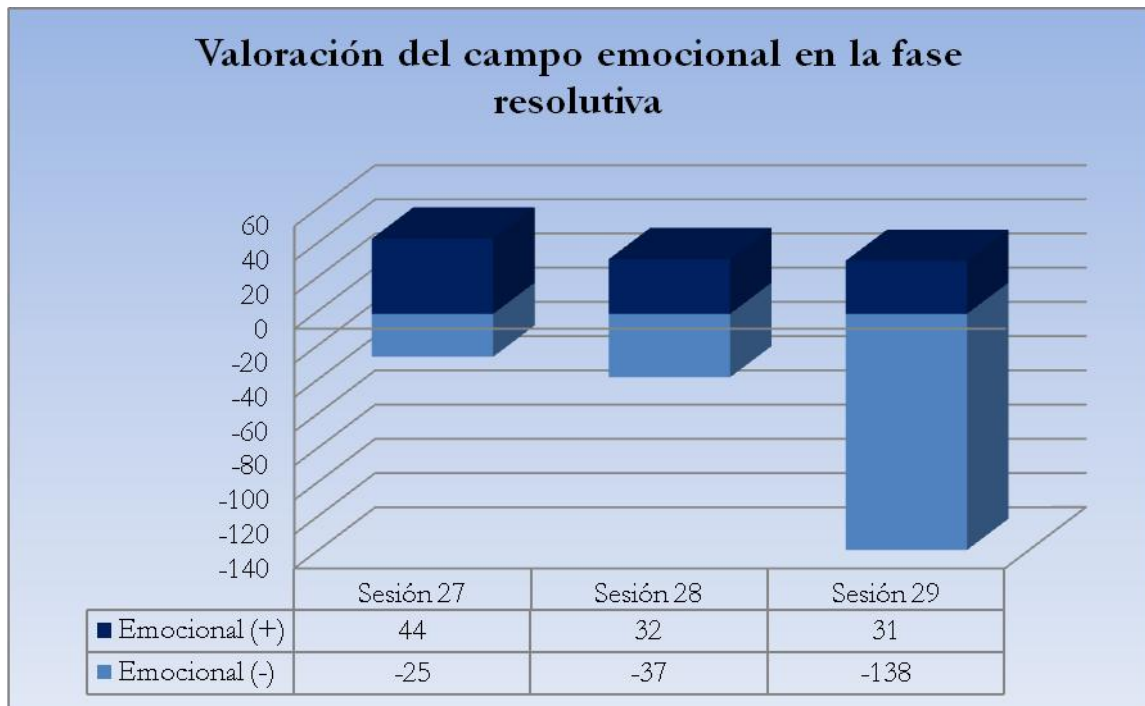


Figura 56: Valoración del campo emocional en la fase resolutiva

Resolver también significa poder drenar, a veces por primera vez, todo un repertorio de contenidos emocionales negativos (-138), que después de ser analizados y desligados del exceso de carga emocional, pueden ser reintegrados en la biografía de forma más tolerable.

TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

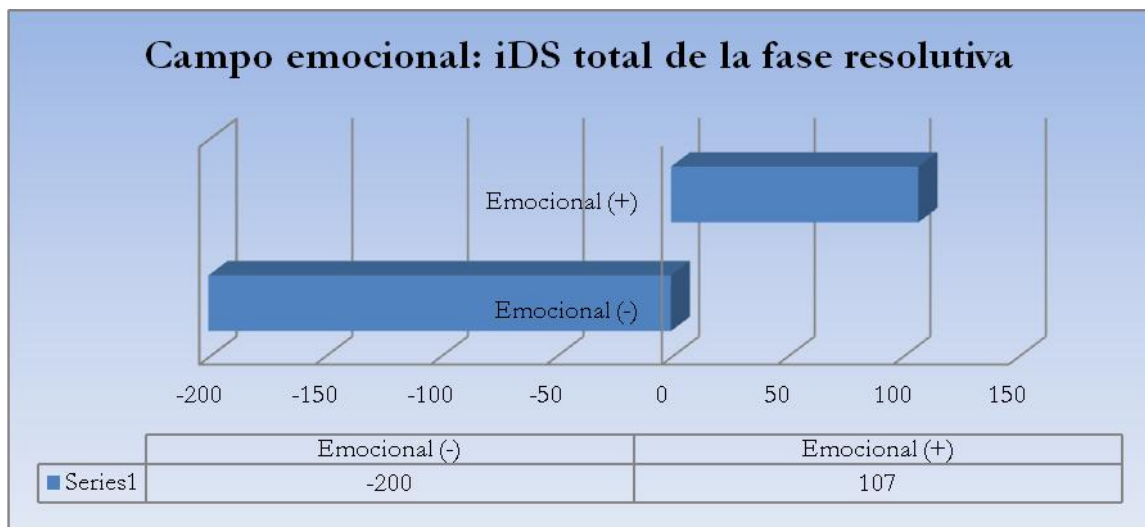


Figura 57: Campo emocional: iDS total de la fase resolutive

En las tres primeras sesiones de esta fase, se observa que el drenaje de *cadena* *semánticas* (Cencillo, 1988) emocionales negativas da un iDS:-E (-200) que es aproximadamente el doble del iDS:+E (107) de las cadenas positivas, cuando la media de los iDS (-) es 84,75 y la media de los iDS (+) es 79,25. La analogía que resulta de referirnos a procesos mentales con gráficas y números no puede proporcionarnos certezas sobre la explicación sino una aproximación suficiente a la comprensión.

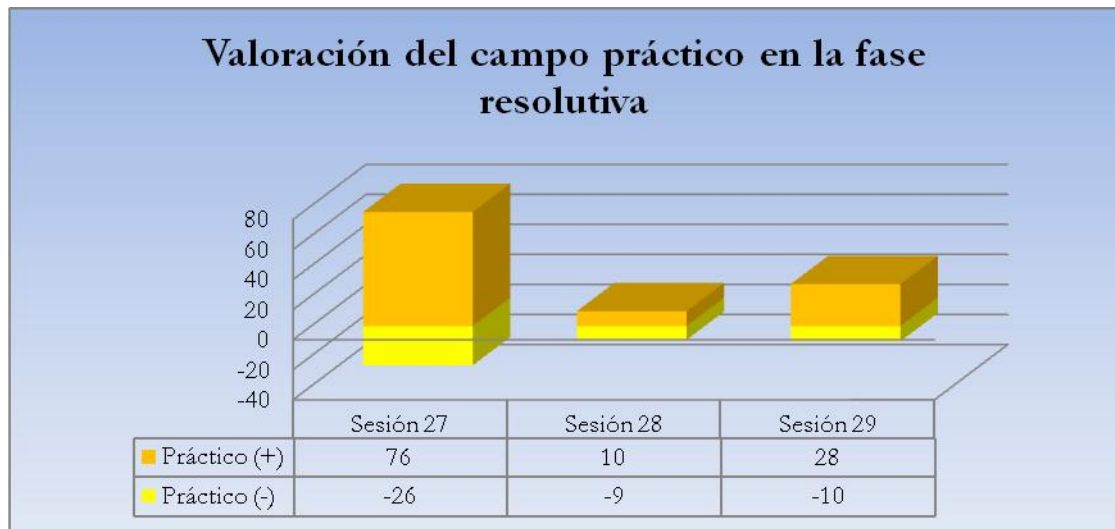


Figura 58: Valoración del campo práctico en la fase resolutiva

Siguiendo este razonamiento, en la sesión 27, la acumulación de valor positivo en el iDS:+P (76) nos pone sobre la pista de la eficacia de la **comunidad terapéutica**, al proporcionarle nuevas responsabilidades:

*Pues me han hecho responsable de noche ya.*

*Eso significa estar pendiente de la casa.*

*De que esté todo el mundo correcto, de que no haya nadie solo.*

*Pues eso, preocuparte por la casa, cuando está el voluntario por la noche.*



TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

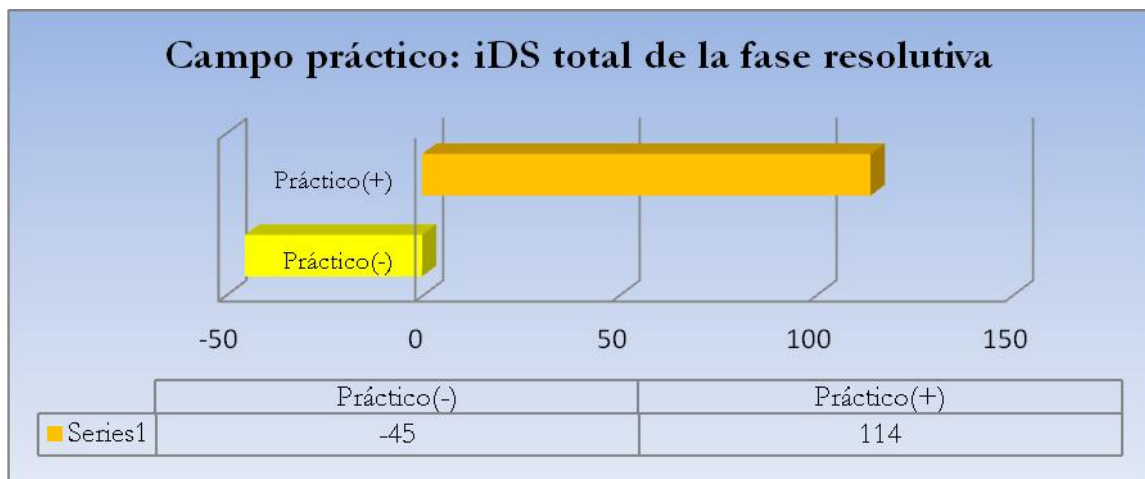


Figura 59: Campo práctico: iDS total de la fase resolutive

También puede observarse el balance netamente positivo de las tres primeras sesiones en el iDS:+P (114) respecto a la media (84,75) y al iDS:-P (-45). Puede compararse también la evolución respecto a las primeras sesiones.

La evolución positiva en los aspectos prácticos es un determinante de la seguridad moderada en las propias capacidades y posibilidades y una evidencia clínica de recuperación de la salud.

En esta etapa se está empezando a probar una nueva forma de actuar, más práctica y realista, bajo la atenta mirada de todos los miembros de la comunidad terapéutica, dispuestos en todo momento a confrontar todo lo que salga de la norma, a veces, hasta los pequeños detalles.

TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

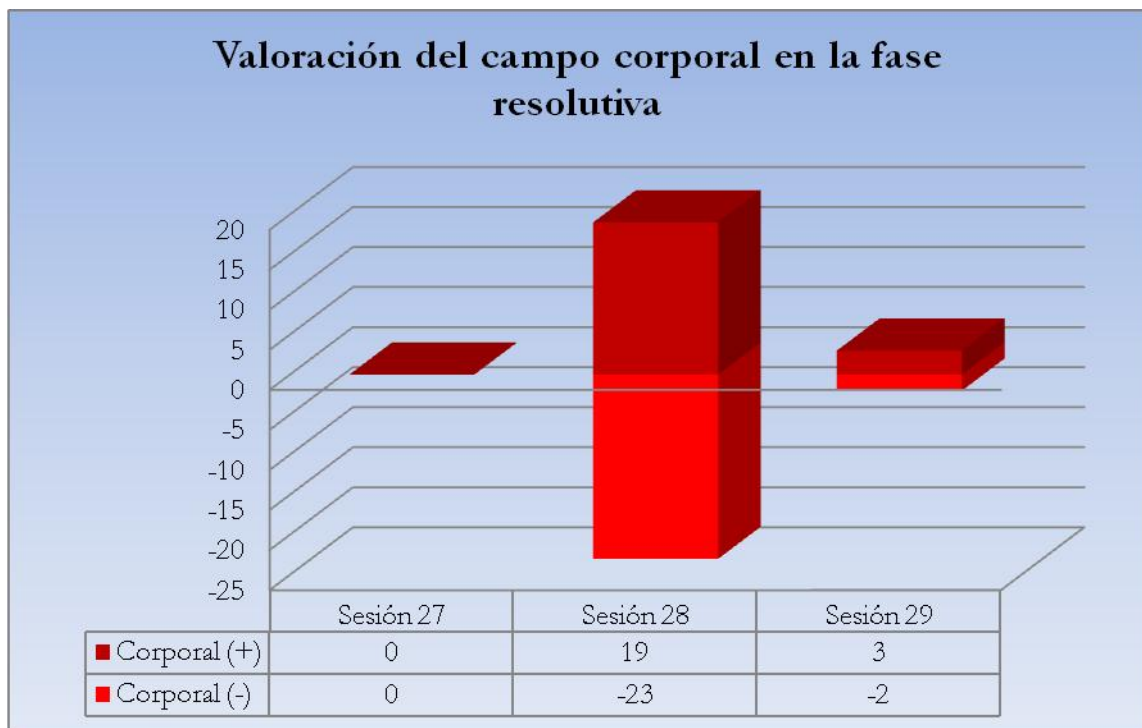


Figura 60: Valoración del campo corporal en la fase resolutiva

En la sesión 28, el iDS:-C (-23) puede resumirse en las siguientes cadenas:

*“...y está pues el peso inferior, peso normal, sobrepeso, obesidad y yo no entraba ya, o sea, el máximo era 30 y yo mi IMC es 40, o sea que... me salí llorando. ¿Sabes?”*

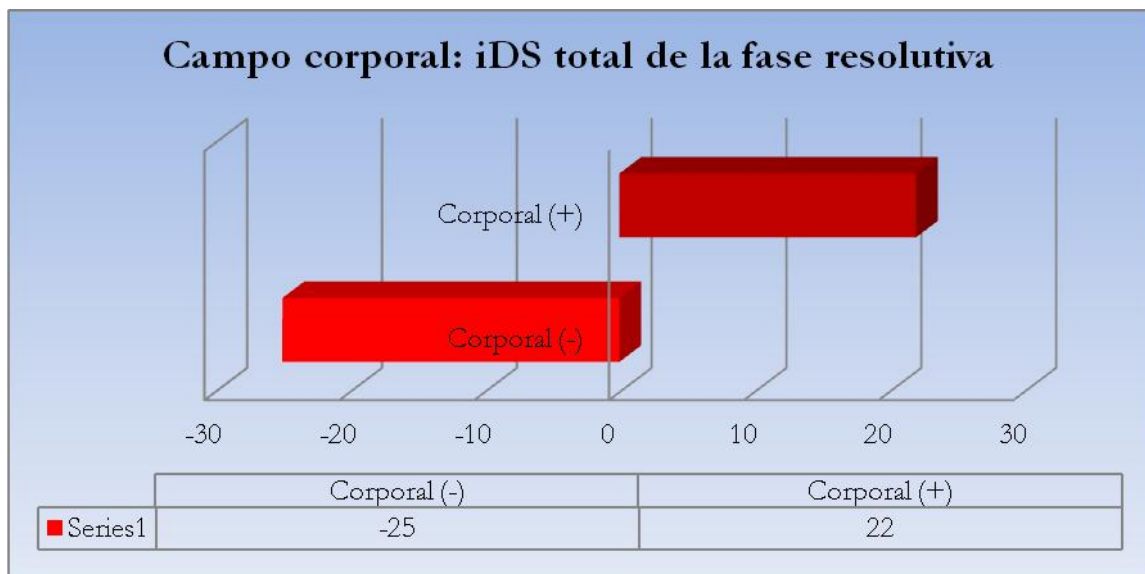


Figura 61: Campo corporal: iDS total de la fase resolutive

También hay que observar el considerable avance que supone el iDS:+C (22) como resultado de recibir cuidados médicos, proponerse hacer dieta y gimnasia.

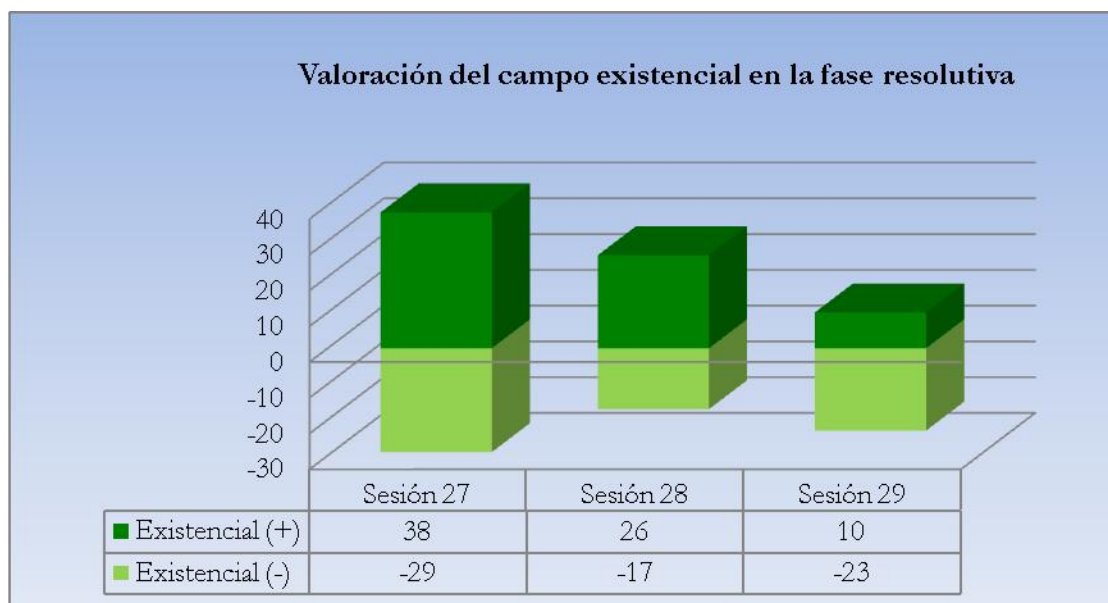


Figura 62: Valoración del campo existencial en la fase resolutive

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

El valor más destacado es el iDS:EX+(38) que está en relación con el insight que supone caer en la cuenta del despilfarro de recursos de su adicción y de las consecuencias tan negativas que ha tenido en su vida:

*“...porque (silencio corto) hice limpieza en la habitación, de todos mis marrones, de todos los escondites que tenía y me encontré cincuenta bolsas, vacías todas, claro, ya me las había metido (silencio corto), pero hice el cálculo y 4 por 5 son 20, o sea que tenía 2000 € en bolsas o sea 2000 € de (cocaína)..., más las que tiraría.”*

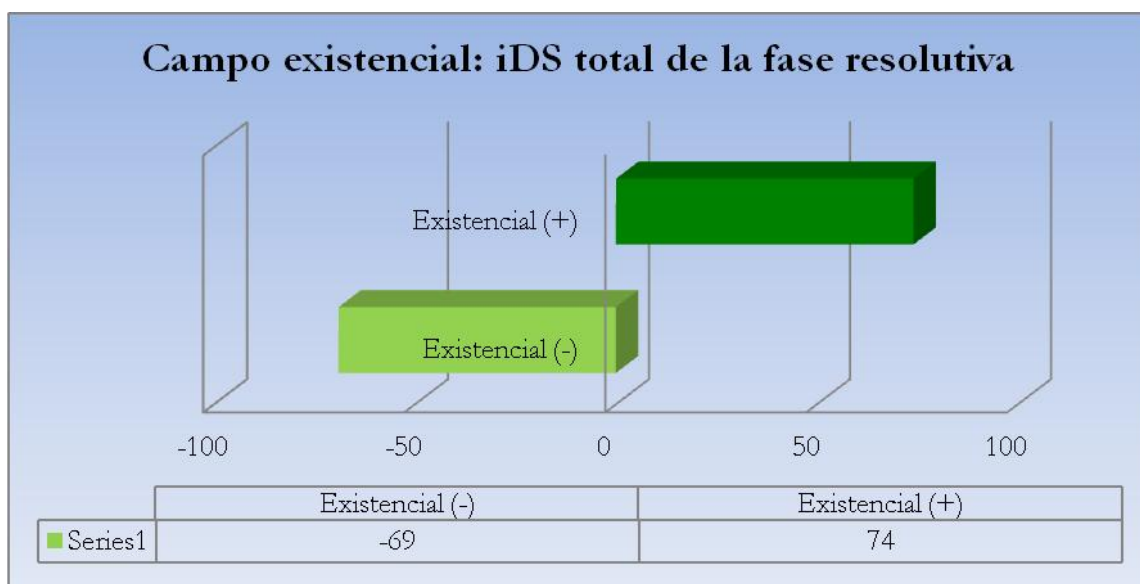


Figura 63: Campo existencial: iDS total de la fase resolutive

Puede apreciarse también el iDS:EX, ligeramente positivo en las primeras sesiones de esta fase -69/74, destacando la familia como elemento clave de su posicionamiento existencial.

## 16. ÍNDICES DINÁMICOS DE LA INTEGRACIÓN EN EL CASO ELISA.

La integración de impulsos y energías se produce de forma bastante evidente en todo proceso de psicoterapia psicoanalítica, como consecuencia de la resolución del enigma de la neurosis. La primera impresión que experimenta el paciente en esta fase es la *disponibilidad*: se han roto las ataduras invisibles con el pasado neurótico y se abre un horizonte de posibilidades reales inmediatas y un futuro nada ilusorio, sino ajustado a las posibilidades objetivas de la realidad.

Tareas que en semanas precedentes parecían inalcanzables se viven ahora con naturalidad y apenas se nota el inicio de una productividad generalizada y un mejor control del tiempo, que todavía se vive con cierta desorientación, al hacerse cargo de sus problemas reales, no ficticios.

Esta etapa, suele coincidir con una considerable elevación del nivel transferencial positivo. Han desaparecido las sospechas y temores resistentivos y se está estrenando una nueva personalidad. Parecería que se puede dar por terminado el análisis, y así solía hacerse en algunas de las psicoterapias dinámicas, pero acercarse más al modelo de cura psicoanalítica, supone saber esperar, permitir que el caso pueda evolucionar favorablemente a etapas posteriores.

Generalmente la integración también se produce en unas pocas sesiones y constituye el *problema fundamental* que debe resolverse, a partir de la transformación fundamental de la estructura de la personalidad que supone la cura psicoanalítica. También en este caso, más que una cristalización definitiva –que no correspondería a la coordinación de

múltiples aspectos dinámicos de la personalidad- podemos hablar de *un cambio de tendencia, sostenido y consistente, orientado hacia el crecimiento personal y la salud.*

Las manifestaciones de estos múltiples aspectos dinámicos de una personalidad integrada pertenecen a los niveles biológico, psíquico y social y responden a comenzar a acertar en las soluciones a los complejos problemas que supone la tarea de existir, de forma consistente, autónoma y abierta a las realidades.

La forma de abordar estos complejos problemas, puede tener básicamente dos orientaciones: Cognitivo conductual y psicoanalítica, como extremos de un extenso bosque de psicoterapias intermedias de todo tipo, siendo la más frecuente en la actualidad la cognitivo conductual, mediante las técnicas de modificación de conducta que, simplificando: se ocupan de reforzar las conductas positivas y extinguir las negativas. En el extremo opuesto, el psicoanálisis promueve el cambio estructural, reforzando el núcleo de la personalidad, simplificando: disminuir la carga super\_yoica negativa, promoviendo un yo fuerte y lúcido, capaz de opción y decisión, y canalizando adecuadamente la energía libidinal de un ello libre y creativo.

Desmontando las resistencias, desvelando el enigma de la neurosis y reforzando en núcleo de la personalidad mediante la transferencia, puede llegarse a una unificación coordinada de la personalidad como foco de decisión y expresión, conciencia y pensamiento, afectividad y conducta, dando como resultado un sujeto único y personalizado –no masificado- capaz de soledad y de entrega amorosa, capaz de producir en beneficio de sus semejantes y de gratificarse con el ocio.

Cencillo (2001) define la integración como:

*“Coordinación de impulsos, tendencias y emociones (y sus representaciones imaginativas) con el resto de las cadenas significantes y de las posibilidades y esquemas de acción en una unidad de apercepción (de fines y de medios, del “dentro” y del “fuera”, cognitiva y práctica) de modo consistente, congruente, abarcativo y elástico”.*

Estrenar una personalidad integrada, supone, en consecuencia ser capaz de tolerar la frustración y no penalizar el éxito. Porque también el éxito, el placer y reconocimiento social son experiencias que pueden desajustar aun más a una personalidad desajustada, cuando se niegan y se rechazan o se desean irracionalmente, como si la existencia dependiera del lucro y el placer.

Integrar, es entonces la capacidad de superar los impulsos parciales, de las paradojas de los precios y los autoengaños de las ganancias secundarias, de las inhibiciones y bloqueos y del descontrol libidinal, logrando un autodomínio que le permita ser objetivo, hasta conseguir desprenderse el analizado del encariñamiento de las subjetividades y también de las desproporciones emocionales y prácticas que originaron su malestar mental.

Por último, y tal vez sea lo más difícil, la integración implica también un esclarecimiento que permita asumir las propias carencias y limitaciones, sin caer en la depresión como consecuencia de la devaluación personal – que oculta una demanda narcisista- ni en la exaltación maníaca – que es narcisismo compensatorio de las carencias y limitaciones. Integración es equilibrio y objetividad.

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

Presentamos los resultados de las sesiones 33, 34 y 36 de esta fase integradora, sin añadir más comentarios:

**16.1 Sesiones 33, 34 y 36**

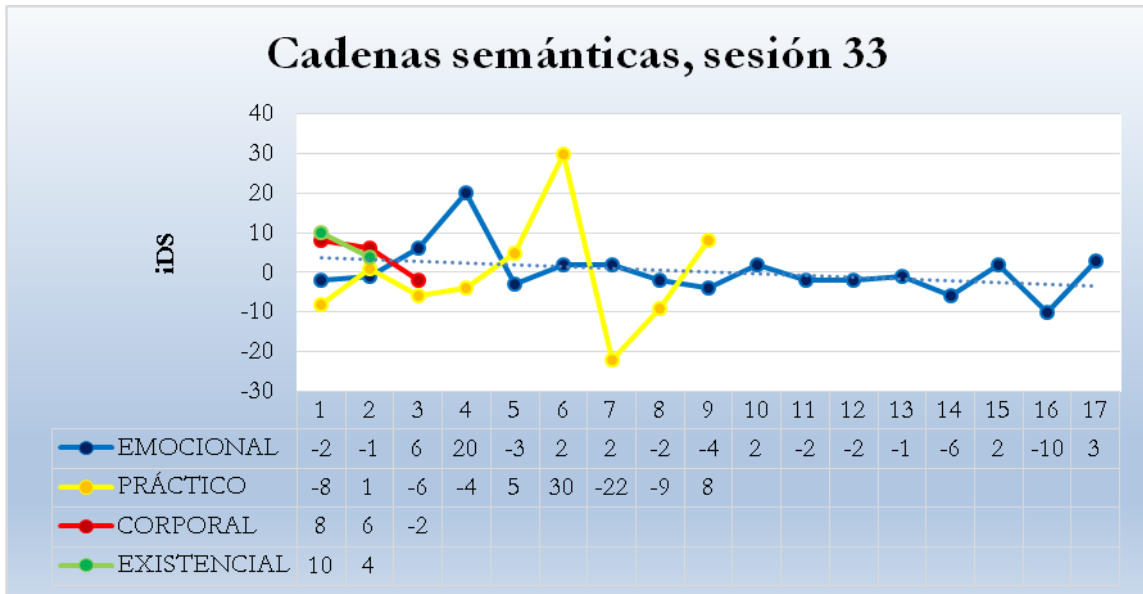


Figura 64: Cadenas semánticas, sesión 33

La cumbre iDS:E(20): Consiste en la aceptación de las confrontaciones dentro de la comunidad, siendo consciente de que no debe enfadarse, sino asumir que debe hacer el cambio. Y en negativo: *“No me gusta ser tan dejada, soy muy manipulable.”*

Los aspectos prácticos se refieren a las cuentas de las cantidades que se ha gastado en material escolar para su hijo y gastos diversos, haciéndose responsable. iDS.P(30).

Y el reverso negativo iDS.P(-22) *“Todo el mundo hace conmigo lo que le da la gana”...*  
*“Yo no quiero llevarme estas contestaciones y estos malos ratos. Le dejo que haga lo que le dé la gana”.*

Se siente orgullosa y contenta por estar empezando a adelgazar iDS:C(6)



TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

En el campo existencial “Empezar a cambiar las pequeñas cosas, para poder cambiar las grandes” “Mi carácter, mi forma de tomarme las cosas, mi dejadez, mi falta de implicación ¿Te parece poco?”

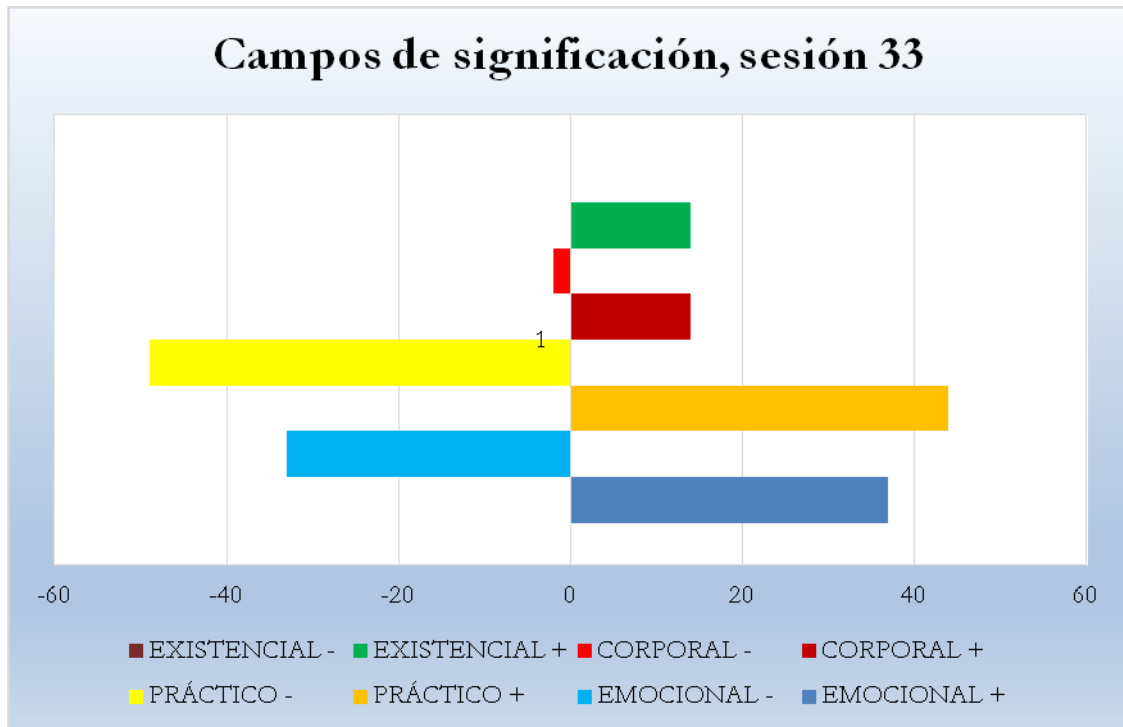


Figura 65: Campos de significación , sesión 33

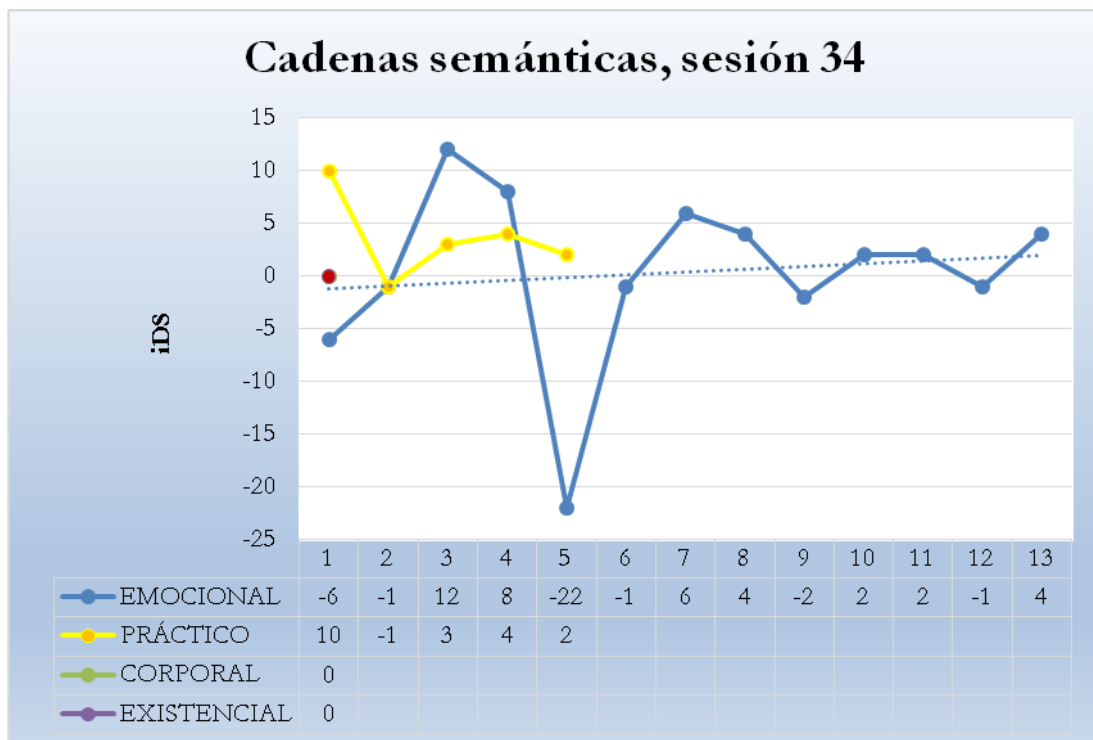


Figura 66: Cadenas semánticas, sesión 34

El iDS:E(12) *“Yo creo que estoy haciendo las cosas bien, a mi manera pero bien”*.

El iDS:E(-22) Se plantea abandonar la comunidad por discusiones y malentendidos con sus compañeras.

También dice después que en la comunidad *“encontraba sentido a las cosas”*.

En el campo práctico, destaca la reconciliación con su compañera.

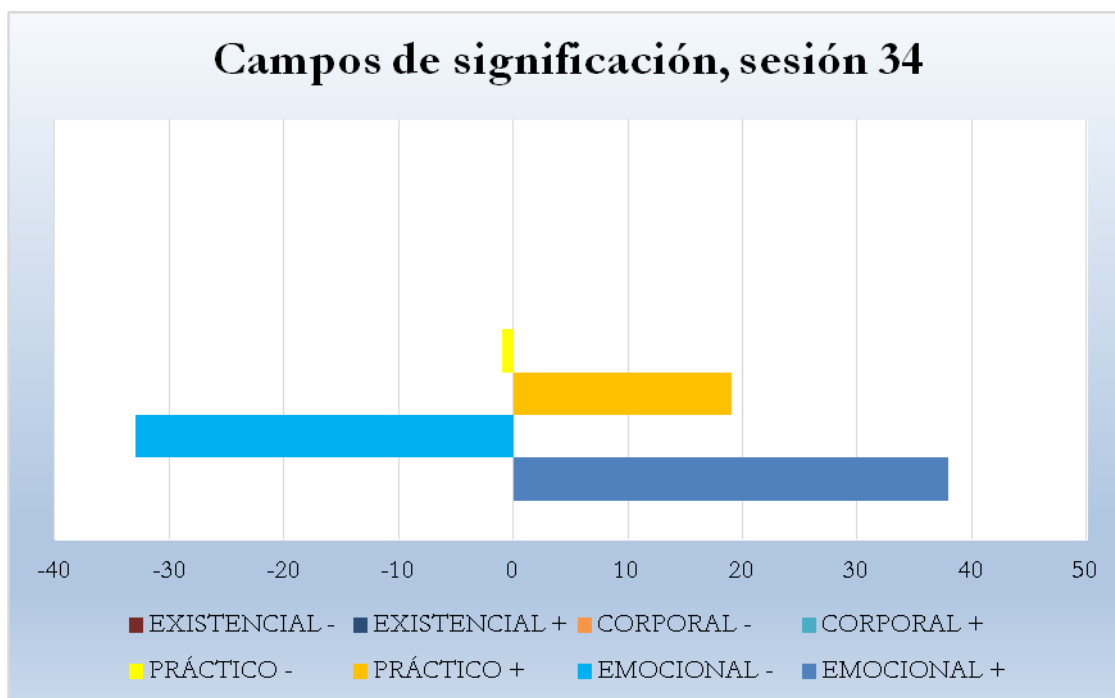


Figura 67: Campos de significación de la sesión 34.

En esta sesión no se valoran *cadena semánticas* (Cencillo, 1988) correspondientes a los campos existencial y corporal, dominando la sensación de malestar que la ha llevado a desear abandonar la comunidad al ser insultada.

También es de destacar que el conjunto de cadenas positivas (57) predomina sobre las negativas, que en esta sesión son casi exclusivamente emocionales (-33) de (-34).

En el campo existencial iDS:Ex(24):

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

*“Estoy aprendiendo a mirar cara a cara el problema, y a afrontar el problema, no huir de él, porque antes lo que hacía era huir de los problemas”*

*“Voy a tener que recordar mis relaciones, lo mal que lo he pasado con ellas. Voy a tener que recordar lo de la violación. Voy a tener que recordar muchas cosas que no quiero recordar” “Todas esas cosas las tengo que sacar para darles carpetazo”.*

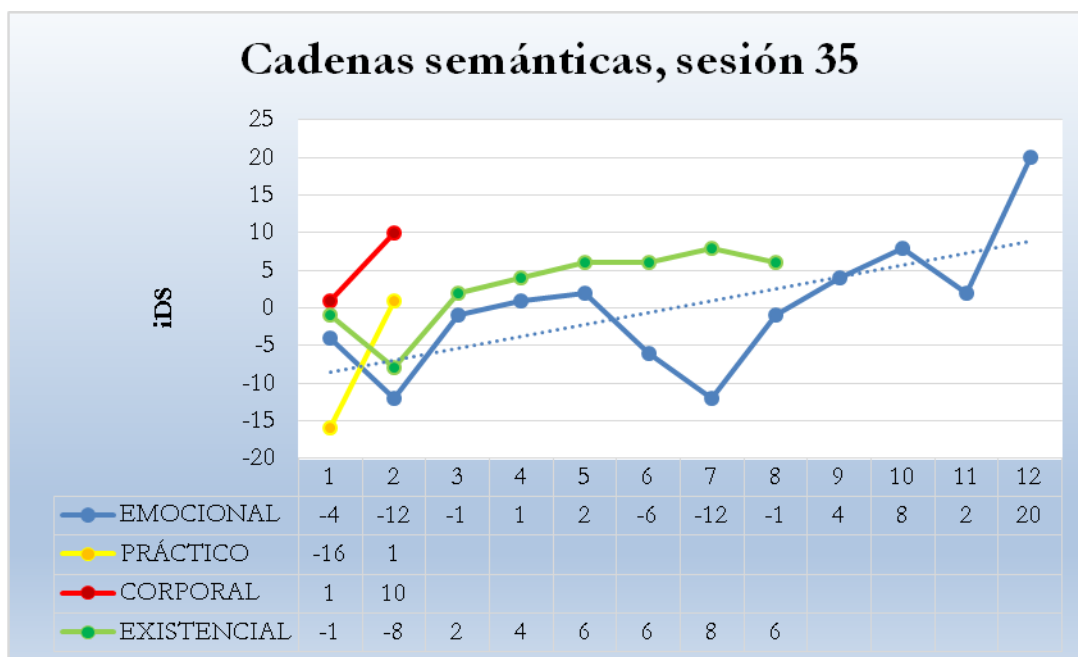
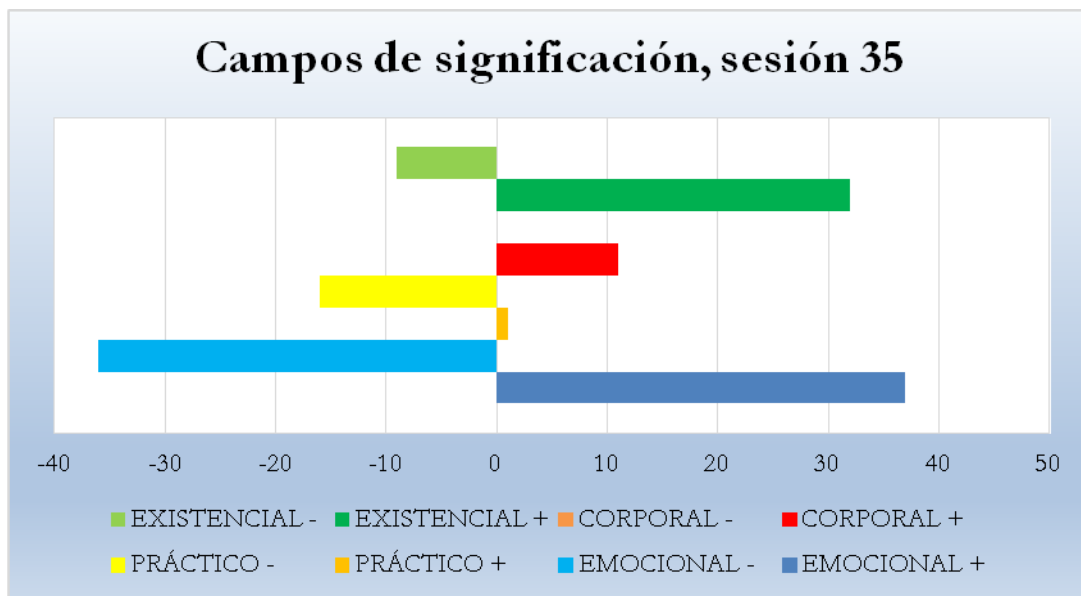


Figura 68: Cadenas semánticas, sesión 35



Los iSD:E(12) y (28) representan cumbres de esta sesión y se refieren a los avances en la comunidad: Comenzar la “historia personal” y los “estáticos”, que significa la posibilidad de empezar a salir sola, que ella califica como “*Es un gran paso en mi vida. Me motiva para seguir adelante y para ver la vida de frente.*”

Y también...

TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

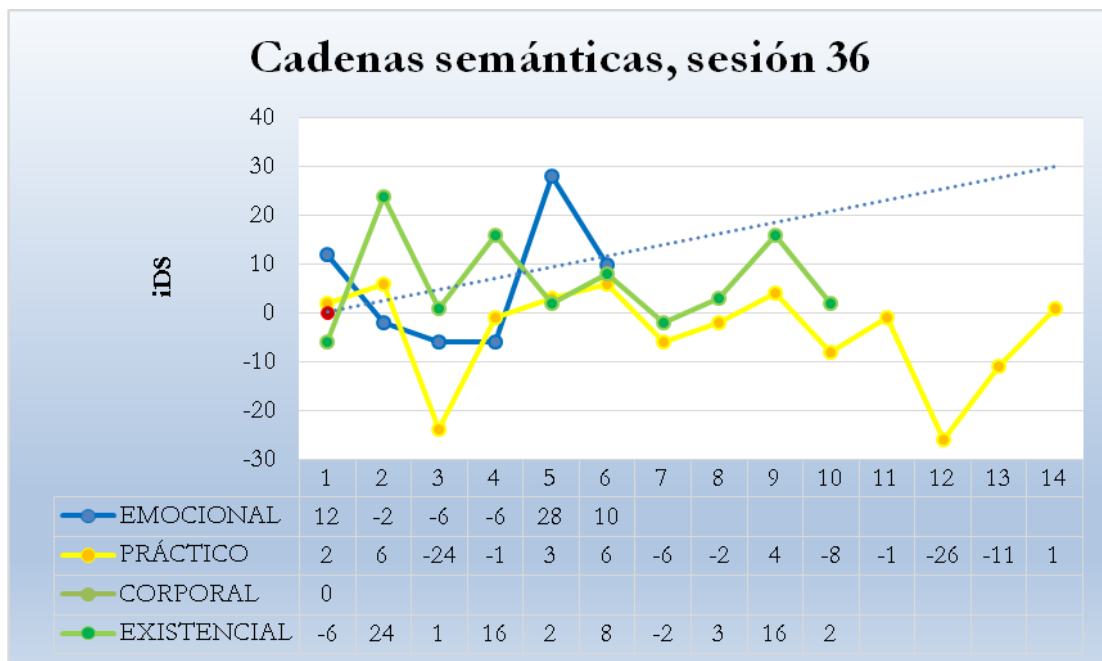
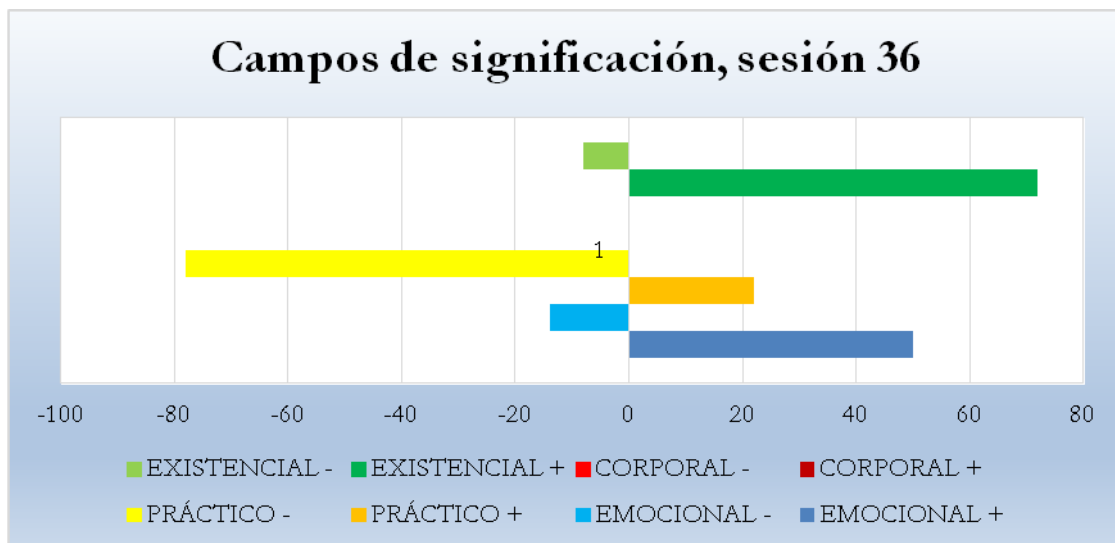


Figura 69: Cadenas semánticas, sesión 36

En el campo práctico los recuerdos de malos tratos, robos, estar colocada, tomar muchas pastillas y acabar en la UCI:

*“Y estuve un mes y pico en coma y cuando me desperté, no estabas más que rodeada de médicos por todos los laos’, mi padre llorando, fue espectacular.”*



## 17. LA RESEMANTIZACIÓN EN EL CASO ELISA

Resemantizar significa volver a dar un significado nuevo a determinados pasajes de la trayectoria vital. Esto es posible porque la intimidad humana no está constituida por automatismos sino por un complejo *haz de posibilidades ambivalentes* que necesitan *interpretación* hermenéutico-semántica de las realidades que le afectan. Sólo así, a través de una nueva interpretación coherente y tolerable de *sí mismo, de las relaciones y del mundo*, podrá responderse de forma adecuada a las exigencias objetivas de la realidad.

En este delicado proceso, está especialmente contraindicada la influencia directiva del terapeuta, que lejos de proporcionar soluciones o consejos, debe estimular y ayudar al paciente a:

Asumirse a sí mismo.

Integrar las energías y elementos dinámicos de su personalidad.

Consolidar la estructura elástica de una nueva personalidad

Investir de nuevos significados, valores y afectos su *mundo*, no de forma infantil y regresiva, sino de forma adulta, eficaz y objetiva.

Deducir las respuestas éticas –*adecuadas a las exigencias objetivas y subjetivas*- válidas para toda posible situación futura.

Puede deducirse de este complejo entramado de la resemantización que en esta etapa se eleva el horizonte ético y estético de los objetivos terapéuticos, que no pueden limitar a

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

des/culpabilizar, des/reprimir y movilizar la libido para alcanzar la plena capacidad de orgasmo, sino que además es necesario que el paciente pueda afianzar la seguridad en sí mismo para asumir un proyecto vital congruente con su realización personal. Son representativas de esta fase las sesiones 37, 38, 39, y 40.

**17.1 Sesión 37**

Véase la codificación de la sesión -37 y la valoración de las cadenas semánticas en la Tabla 30.

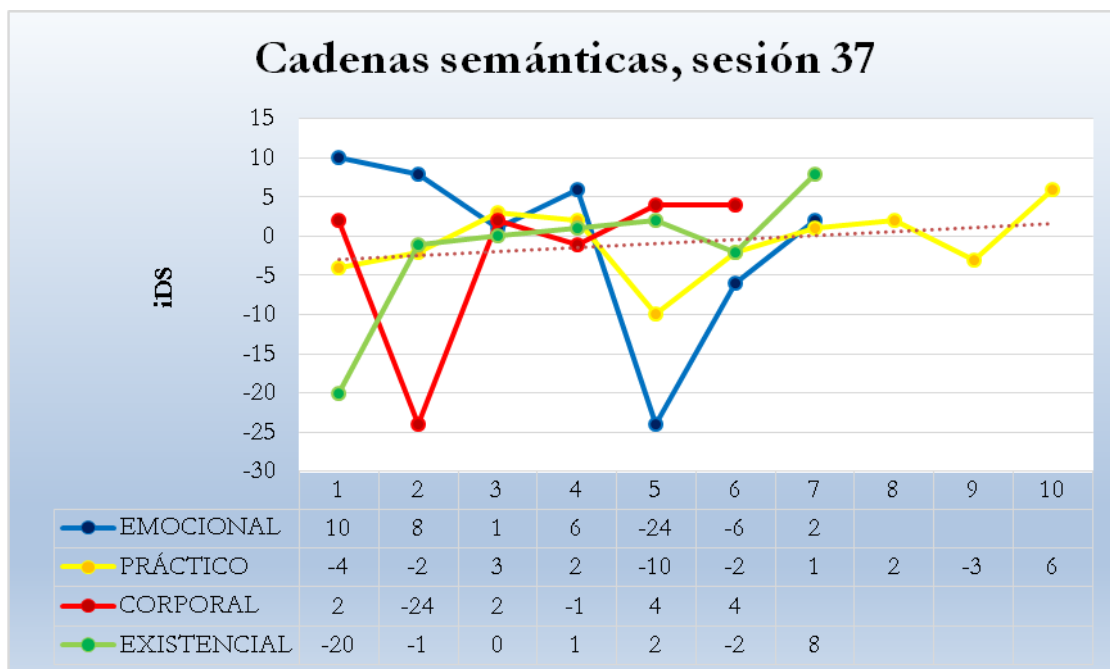


Figura 70: Cadenas semánticas, sesión 37

Destaca el valle emocional IDS:E(-24) recordando la muerte de su abuela, la violación de un amigo de su novio y el intento de suicidio saltando desde un balcón del 4ª piso.



## TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

Entre las emociones positivas destaca que su madre está recuperando la confianza en ella: *“Eso me gusta, que podamos volver a ser amigas otra vez, que podamos hablar de cualquier tema y decir cualquier cosa”*. *“Estamos recuperando el tiempo perdido y ella me habla con dulzura y se preocupada de cómo estoy y de lo que me pasa.”*

El iDS:P(-10) Recuerda su inicio en el consumo de drogas a los 13 años.

*“Mi madre venía a buscarme todas las noches porque no quería ir a casa, no quería verle a él ni iba al colegio”* *“Teníamos un bar y todo el dinero que ganaba se lo gastaba”*.

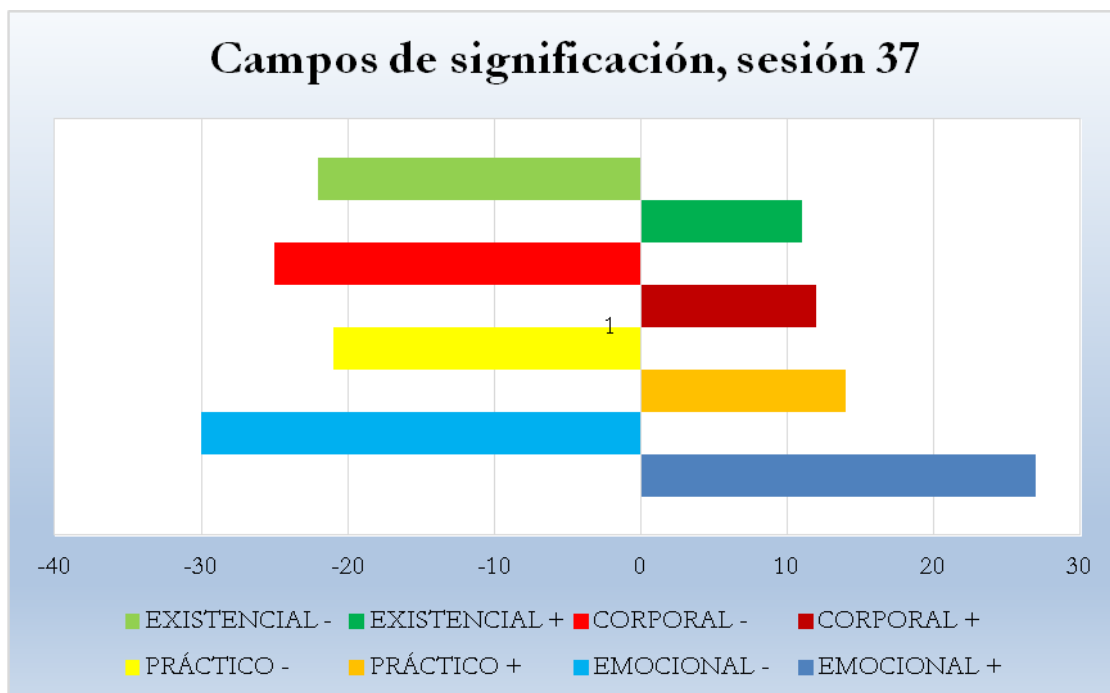


Figura 71: Campos de significación, sesión 37

Las sensaciones corporales son muy negativas iDS:EX(-24):

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

*“Luego, cuando he engordado más fue cuando he dejado la cocaína, que empecé a comer como una bestia, a cualquier hora y comida basura, y todo muy mal” “Estaba compaginando la droga con el comer y al final me quité la droga y solamente comía”.*

En el campo existencial iDS:EX(-20) Recuerdo de la depresión profunda de su padre.

*“El psiquiatra le dijo a mi madre que descargaba su ira con la persona que más quería, y se ve que la persona que más quería era yo. ¡Maldita la gracia!”*

*“...Y me pegaba. Jugaba con mi hermano, decía ay, y venía mi padre y sin mediar palabra, pim-pam, o sea era una cosa horrorosa.”*

**17.2 Sesiones 38, 39 y 40**

Véase la codificación de la sesión -38 y la valoración de las cadenas semánticas en la Tabla 31.

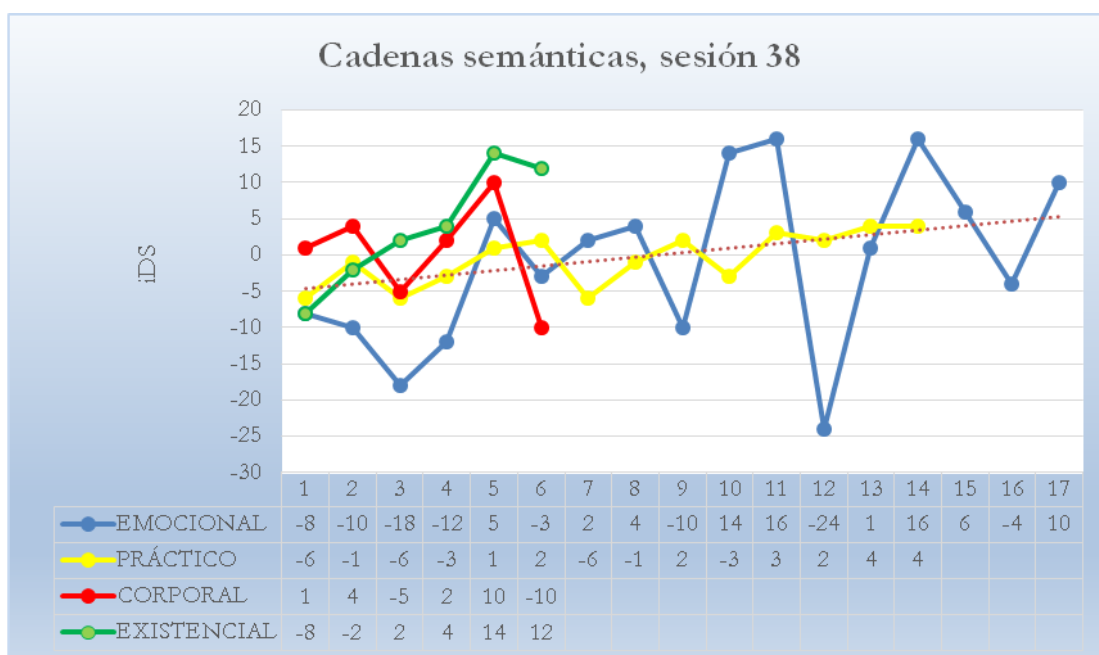


Figura 72: Cadenas semánticas, sesión 38

Señalamos las cumbres de la sesión 38:

iDS.Ex(14) Posicionamiento existencial menos violento: “Y hablo más que antes. Me di cuenta ayer hablando con la psiquiatra que hablo más que antes, antes no hablaba tanto (silencio de más de dos minutos) Y yo creo que se me está suavizando el carácter mucho, yo creo que antes era más prepotente, más violenta y más chula y ahora lo soy menos.”

iDS. Ex(12) id. “Soy consciente de ello, de que no salto tanto, que me muerdo mucho la lengua (...) Pero he optado por callarme, entonces eso para mí significa algo.”

iDS.E (14) Reconciliación con el padre, que ahora es : “... atento, cariñoso, amable. Y yo se lo agradezco, ¿No? Y me gusta, pero me hubiese gustado que hubiese sido antes.

iDS.E (16) Cuidados a la abuela: “Y la quiero mucho y la cuido y me preocupo por ella, cuando voy allí le tomo la temperatura, la tensión, la cuido, la lavo, la baño y la peino.”

Y los valles de la sesión:

iDS.P(-6) Ante las palizas de su padre: “Luego ya me escapaba de casa, no iba al colegio, les quitaba dinero... Al principio, no me lo buscaba. Luego ya sí, luego ya sí tenía motivo de causa para sacudirme.”

iDS.E(-10) Distancia con el padre: “Yo lo recuerdo con mucho dolor en mi corazón. Es una pena no haber podido disfrutar de mi padre esa infancia.”

TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

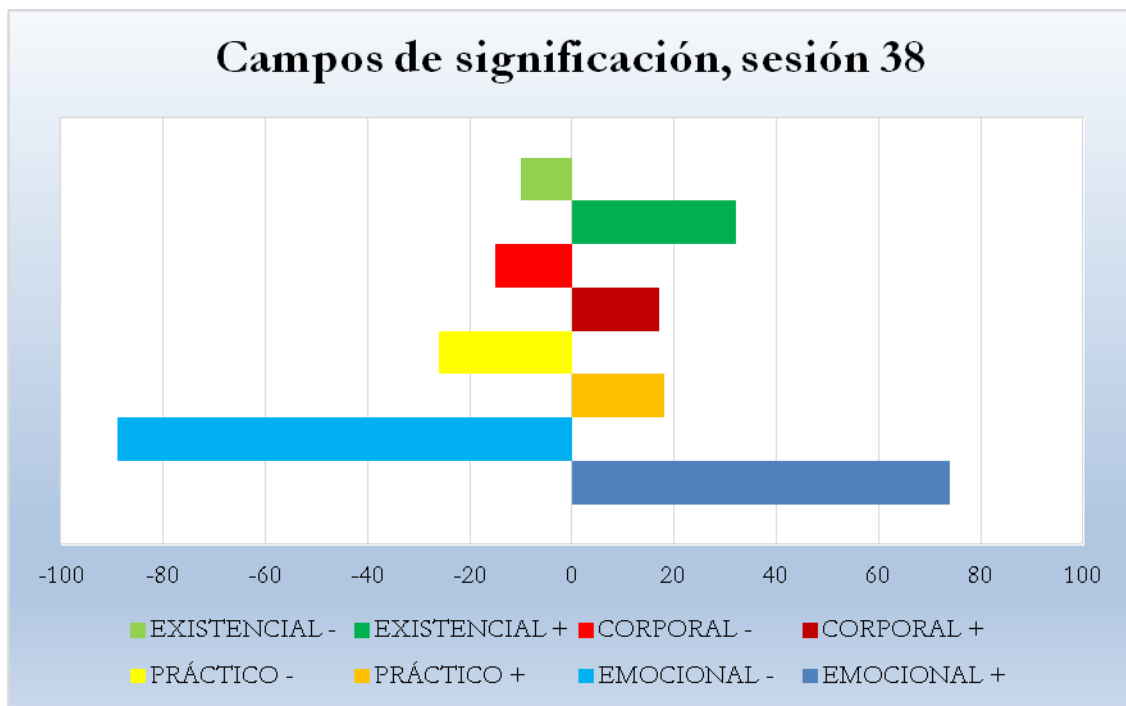


Figura 73: Campos de significación de la sesión 38

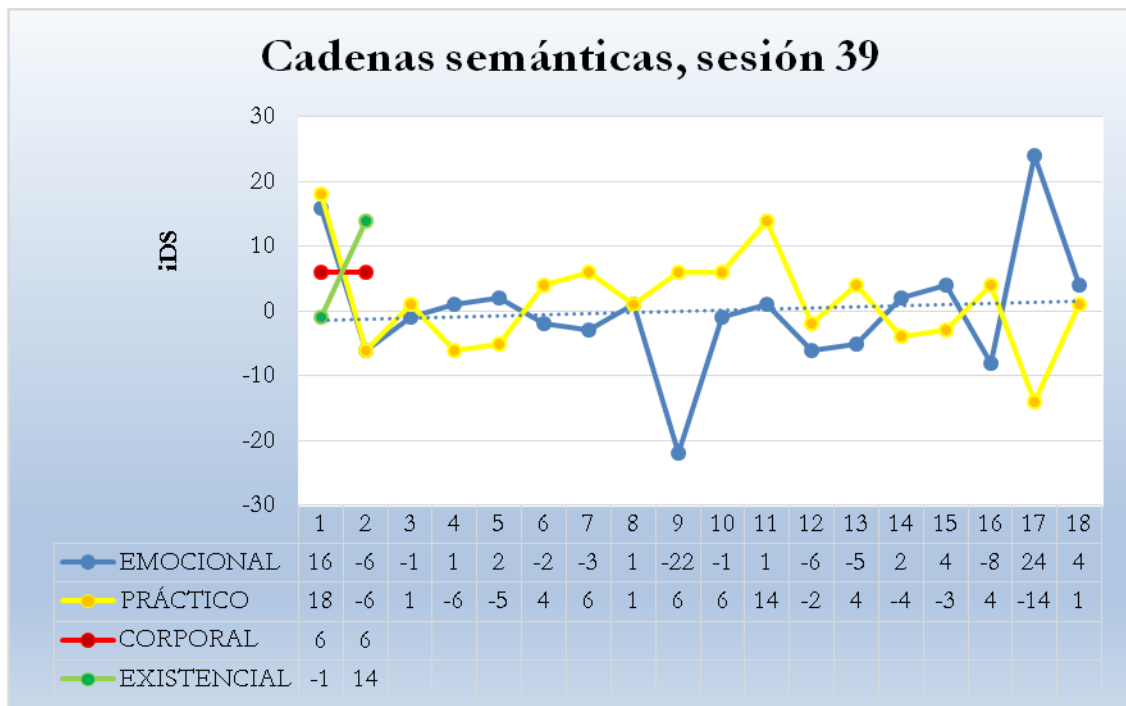


Figura 74: Cadenas semánticas, sesión 39

TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

---

El iDS:E(-22) Describe un conflicto con un compañero, acusándose mutuamente de faltas de respeto, aunque finalmente prevalecen las puntuaciones positivas, destacando la cima (24) que se refiere a su sensación de cambio, de aprendizaje de cosas nuevas:

*“Yo he notado cambios en mí que me han afectado mucho”*

*“Cuando voy a casa mi hijo me dice ‘Mami, ya no gritas tanto’. O sea, yo con eso me quedo”.*

En el campo práctico destacan los preparativos de navidad iDS:P(18) y también se plantea volver a estudiar iDS.EX(14):

*“Porque la vida se basa en aprender un día de otro, yo creo. Entonces, todo lo que venga extra está bien, y me va a venir bien pues para luego, para la educación de mi hijo”*

La única referencia al cuerpo en esta sesión es positiva:

*“Sería la mujer más feliz del mudo siendo delgada” “Me siento un poco más ágil, pero siempre relaciono la comida con mi peso””Voy a comer esto a ver si me hace menos...”*

Y después de un silencio de más de tres minutos dice:

*“Estoy tan a gusto que me duermo. Estaba, estaba a gusto ¿eh?”*

*Me ha sentado bien hablar. Hoy ha sido un día bueno”*

Las sensaciones de bienestar, son un claro indicativo de salud.

TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

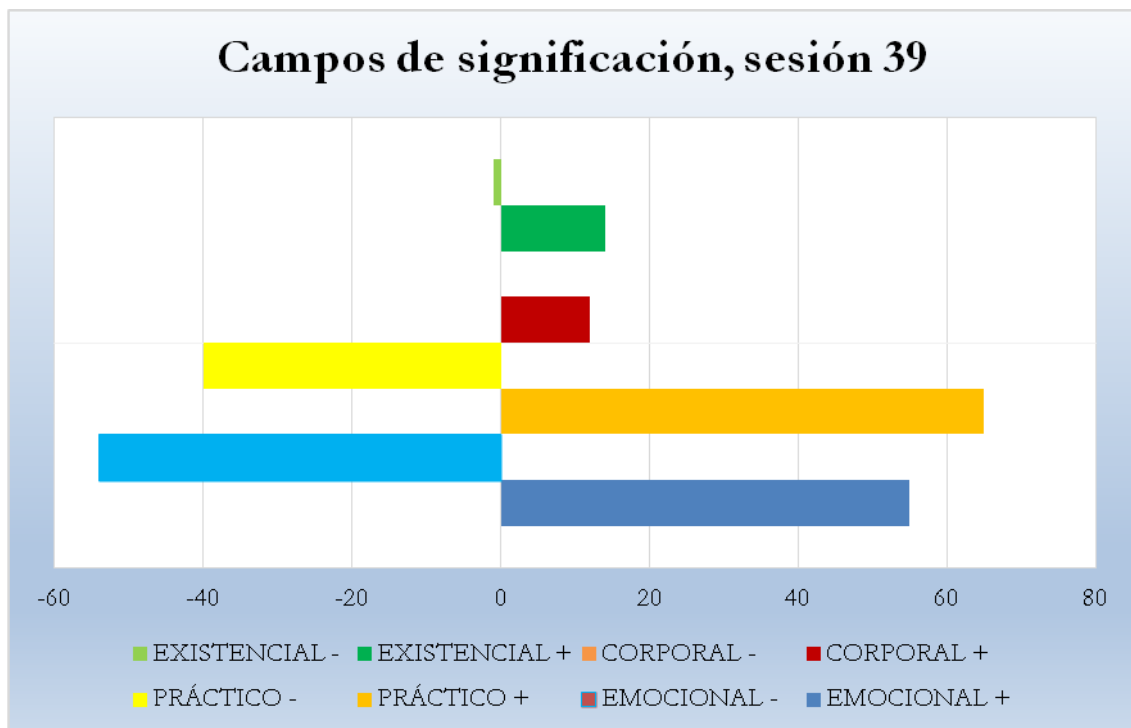


Figura 75: Campos de significación, sesión 39

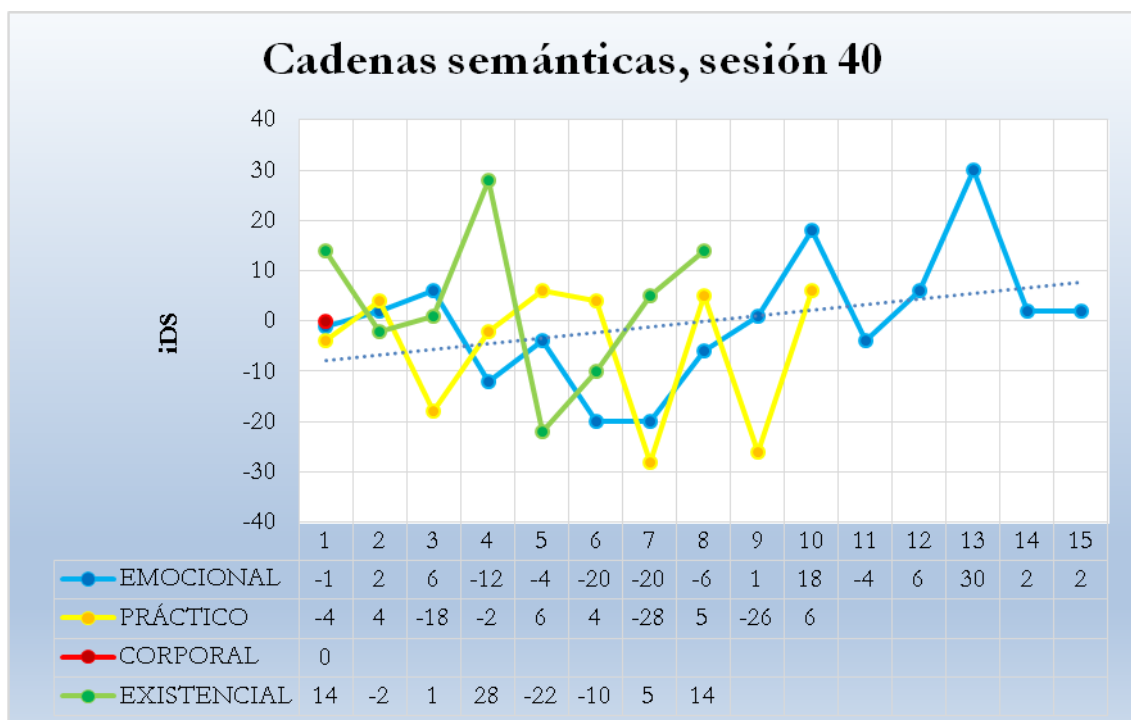


Figura 76: Cadenas semánticas, sesión 40

TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

---

La cima existencial iDS:Ex(28) es el relato de la importancia que le da a la Navidad como fiesta familiar, que es una continuación del “sueño de navidad Ex(14). El año anterior no pudo celebrarla en familia por estar en la cárcel y este año quiere “*sacarse la espinita*”.

*“... de estar allí, de ver la ilusión con que mi hijo todavía cree en los reyes... en Papá Noel, en lo Reyes Magos, la inocencia de esa mirada, esa incertidumbre, ese nerviosismo.”*

De nuevo, en esta ocasión también se elude el cuerpo y toda referencia a las sensaciones o a la imagen corporal.

Las emociones negativas presentan tres valles:

- a) iDS:E(-12) La pérdida de la inocencia: *“Porque enseguida empecé a hacer cosas que no me... que no eran adecuadas para mi edad, como irme de casa, porque mi padre me pegaba”*
- b) iDS:E (-20) La primera paliza de su padre: *“Yo estaba jugando con mi hermano en la habitación, mi hermano se puso a llorar, llegó mi padre y me sacudió. Y yo le preguntaba: ¿Papá por qué me pegas? ¿Papá por qué me pegas? Y no me contestaba. (Silencio).*
- c) iDS:E (-20) La muerte de su abuelo en una casa que ahora es de su tía y en la que todavía no puede entrar *“Porque me imagino a mi abuelo allí”.*

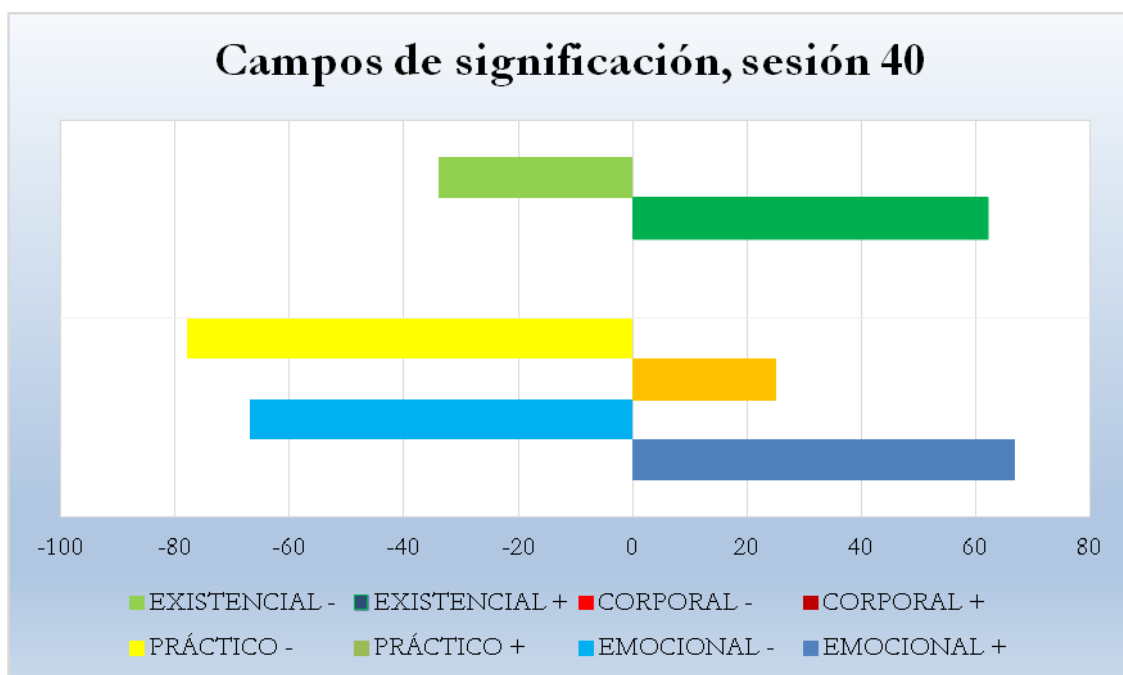


Figura 77: Campos de significación, sesión 40

En contrapartida, la cima emocional iDS.E(30) Está en la importancia que tiene para ella la familia:

*“Y por encima de todo no quiero que les pase nada nunca. Pero que si les tiene que pasar, que les pase a mi lado, Aunque me duela, aunque sufra, aunque me traumatische, aunque caiga en otra depresión, me da igual. Me da absolutamente igual.”*

En el campo práctico se acumulan las experiencias negativas derivadas de la muerte de sus abuelos y las primeras experiencias con las drogas:

*“Me junté con chicas y chicos mayores que yo y empezaron a tontear con las drogas, con el speed, los porros... y para hacerme la mayor, empecé a meterme rayas, a meterme... a fumar porros, todas esas cosas, que no eran absolutamente cosas de niña de trece años. Porque con trece años tienes que estar en casa con las muñecas todavía ¿sabes?”*



## 18. EL FINAL DEL TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE ELISA

La fase final del tratamiento supone *poner en efectivo* los logros adquiridos a través de todo el proceso terapéutico. Es preciso chequear, a través de los indicativos de salud, un conjunto relativamente complejo de datos objetivos, que pueden resumirse en la *sensación de estar bien*.

Esta sensación, como indicativo fundamental de la salud, es el resultado de haber ido elaborando el paciente, en los meses anteriores, una personalidad segura y productiva, a través del apoyo transferencial del terapeuta y la elaboración mayéutica de los contenidos inconscientes, convenientemente filtrados de fijaciones neuróticas y proyecciones regresivas, canalizando la energía libidinal a un mundo *objetivamente enfocado*, investido de significado y de valores, tal como son percibidos por el paciente, y nunca impuestos por el terapeuta.

Esta *puesta en práctica* de la nueva personalidad supone, ante todo, *apertura a la realidad*: Aceptar la nueva situación real presente (“despertar”). Asumirse y aceptarse, a pesar de las posibles deficiencias y limitaciones propias. Coordinar lo nuevamente descubierto y concienciado acerca de sí mismo en el horizonte biográfico personal, de modo cognitivo, afectivo y estructural: “*Yo soy*”.

### 18.1 Criterios de alta

Podemos destacar que en este caso se cumplen, en cierta medida, siete criterios de alta:

**La identidad** está en disposición de consolidarse suficientemente, basada en la autoaceptación y el deseo de mejorar en aspectos concretos, que puede observarse en los siguientes iDS (\*)

**La vida cotidiana** funciona suficientemente, iDS (\*)

**No se aporta material nuevo** ó no crea nuevas tensiones lo que se aporta.

**Sueños** de logro (*El sueño de navidad*)

**Organización** del comportamiento, iDS (\*)

**Síntomas superados** (auto punitivos, agresivos, miedos, bloqueos)

**Claridad ética** de las acciones y proyectos, iDS (\*)

Tampoco puede decirse que la personalidad esté completamente desplegada o madura, pero si puede apreciarse, al menos, una personalidad funcional, capaz de valerse por sí misma y con una dosis de vitalidad y elasticidad suficiente para responder adecuadamente a los problemas de la vida cotidiana, desde unas coordenadas claramente diferentes a las iniciales.

Esto sucede, en primer lugar, por la acogida en la comunidad terapéutica y posiblemente también, porque una vez establecido un  *encuadre externo*  “blindado” ha podido operar adecuadamente el  *encuadre interno*  que proporciona el tratamiento psicoanalítico, para desactivar los procesos de simbolización negativa, que distorsionaban la personalidad de la paciente desde su infancia.

En el posicionamiento existencial destaca la familia como anclaje fundamental en su nueva realidad y el deseo de ejercer la maternidad, limitada antes por las circunstancias externas.

No se trata de ajustarse a un determinado modelo de personalidad, diseñado desde unos planteamientos teóricos de *escuela*, sino posibilitar el desarrollo en plenitud de las propias capacidades, desde la mismidad propia, desde la plena libertad de valorar, decidir y optar.

El criterio definitivo de alta, no es entonces el cumplimiento de requisitos ni la valoración positiva de todos los factores, sino la *convergencia de datos objetivos* que presenta una personalidad restaurada, libre y autosuficiente.

Como ejemplos de esta fase transcribimos las sesiones 43, 45 y 46:

### **18.2 Sesión 43**

Véase la codificación de la sesión -43 y la valoración de las cadenas semánticas en la Tabla 34.

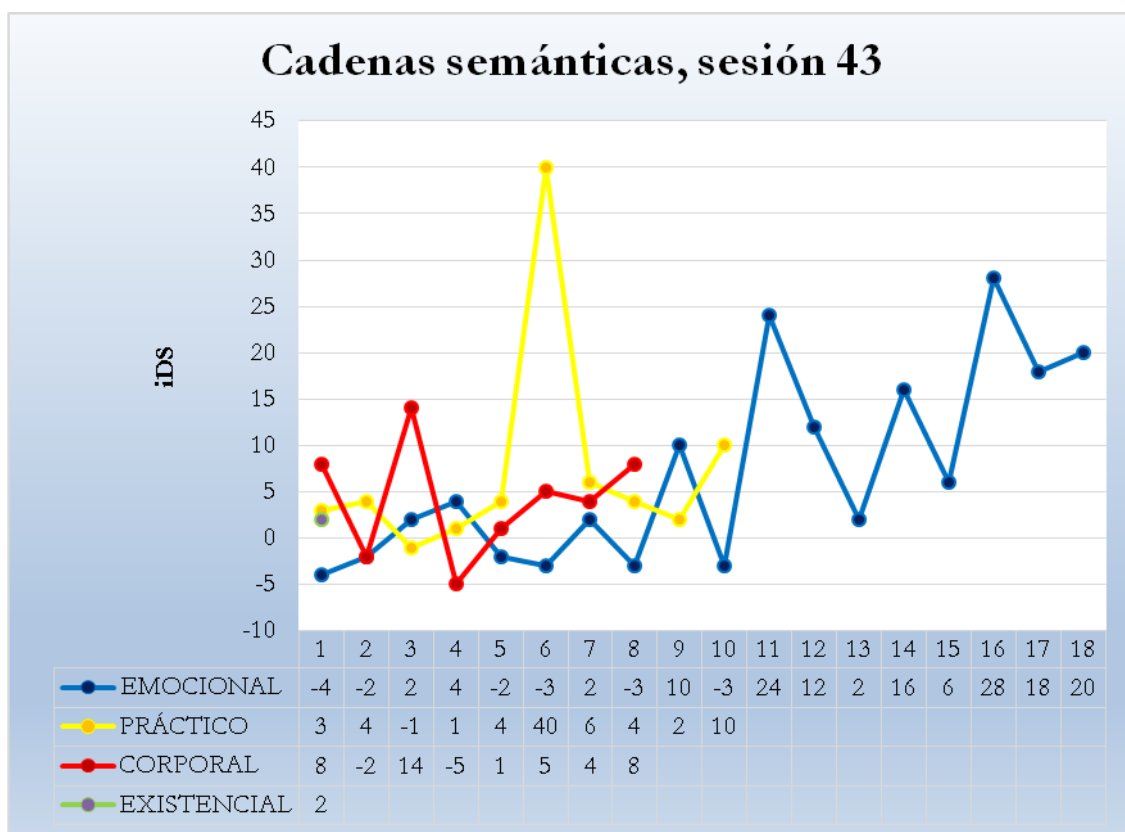


Figura 78: Cadenas semánticas, sesión 43

Las cimas de esta sesión son:

- a) iDS:P(40) Le costó 10 años comprender que tenía una enfermedad y trataba de solucionar los problemas drogándose, con lo que los problemas eran más graves: *“Porque si el problema era que yo necesitaba dinero para droga, cogía lo buscaba y lo robaba, cuando se me pasaba el efecto de la droga, tenía que afrontar eso. Entonces eso lo afrontaba estando en el calabozo o una discusión en casa ¿entiendes”*
- b) iDS:E(24) Enamoramiento de un compañero. *“Me ha ayudado mucho en mi proceso, porque es una persona muy recta y muy firme, que me ha confrontado mucho, y me gusta mucho, y me da mucho miedo enamorarme, porque no estoy en la capacidad. No creo que este sea el momento más idóneo”*

TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

---

- c) iDS:E(12) *“He estado hablando con él esta mañana y me ha dicho que haga las cosas bien, que él va estar fuera, apoyándome, ayudándome y esperándome. Y entonces, tengo otro motivo por el que luchar”*
- d) iDS:E(16) *“Tengo el aliciente mío primero, tengo el aliciente de mi familia, de mi hijo, de la gente que me quiere. Y ahora tengo el aliciente de él, y eso es muy importante también.”*
- e) iDS:E(28) *“Me gustaría que fuese la persona que me abra a esta nueva vida. No le tengo que contar nada de mi pasado porque ya lo sabe. No es una relación que empezara de la ignorancia. Él sabe todo de mí, cosas que no he contado a mi terapeuta y me gustaría que sería una persona con la que compartir el resto de mi vida. Me gusta su personalidad, sobre todo.*
- f) iDS:E(18) *“Me encuentro bien, con ganas, con ilusión, con fuerzas. Tengo ganas de ver a mi niño, de estar con él, le echo mucho de menos y le quiero más todavía. Por si le quería poco... ahora le quiero más.*
- g) iDS:E(20) Recuperación del cariño de su madre: *“Pues me pidió perdón por haber discutido el otro día. Dijo que entendía que ya no soy la Elisa de antes, la Elisa que llevaba esa vida.”*
- h) iDS:C(8) Recuperación del deseo sexual: *“Y si además disfruto haciendo el sexo con él, sería abrirme otra puerta más, porque yo lo del sexo lo tengo tabú”.*

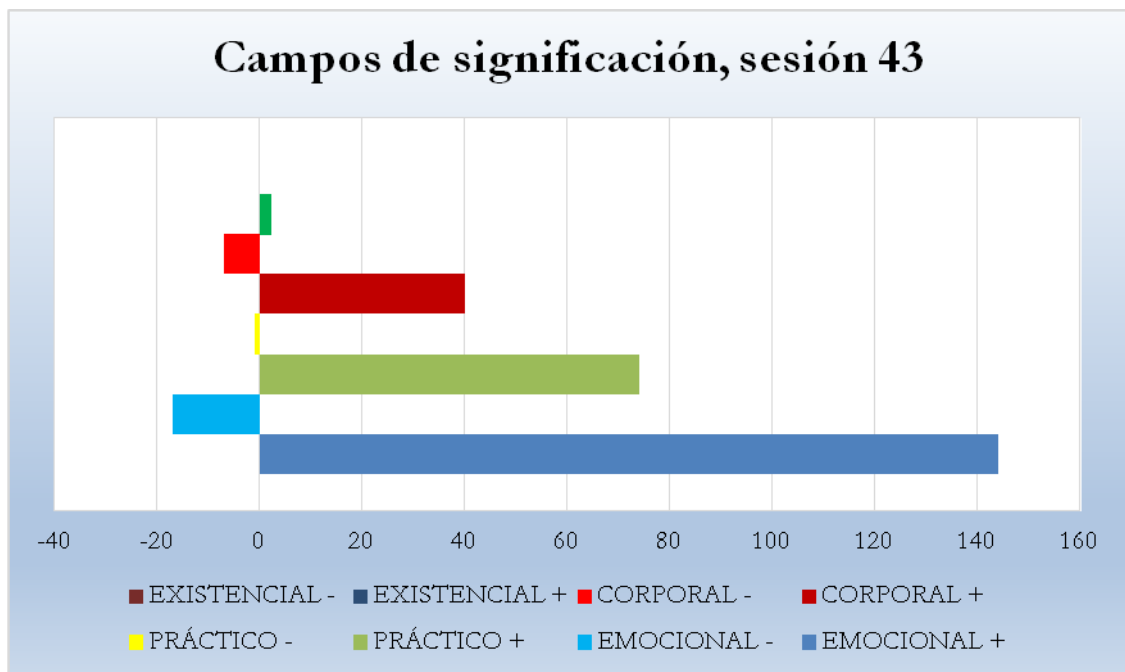


Figura 79: Campos de significación, sesión 43

Se observa que predominan las valoraciones positivas sobre las negativas en una proporción de 90,78% (+) frente a 9,22%. Pudiendo afirmar que estas últimas sesiones ha cambiado sustancialmente el discurso de Elisa, respecto a las sesiones iniciales y medias.

### 18.3 Sesión 45

Véase la codificación de la sesión -45 y la valoración de las cadenas semánticas en la Tabla 35.

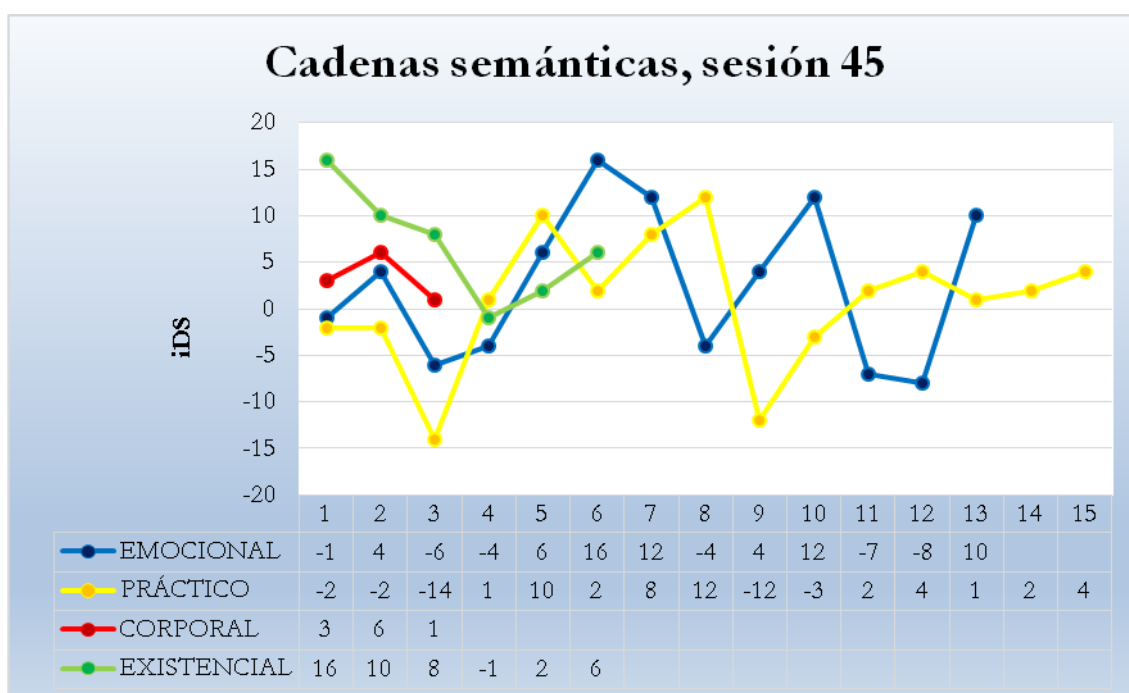


Figura 80: Cadenas semánticas, sesión 45

Destaca el posicionamiento marcadamente positivo de esta fase final

Las cimas de la sesión 45:

- a) iDS.Ex(16) Reflexión sobre sus cambios de carácter: *“A ver, si, he evolucionado, sí he cambiado cosas. ¿en que he cambiado? Muchísimo. No sé... porque mi carácter fuerte, mi carácter violento, mi pronto, mi ira... lo tengo controlado.*
- b) iDS.Ex(10) *“Ahora soy feliz, me encuentro a gusto conmigo misma. Tengo que cambiar algún pronto que me da, la impulsividad. Por lo demás estoy muy a gusto como estoy, nunca pensé que pudiera llegar hasta este punto. Tengo paz y tranquilidad interior”*
- c) iDS.E(16) *“El hecho de que le quiero mucho, que todo me parece poco para él, que quiero que tenga de todo, que no le falte de nada. Que todo lo que yo no he*

*tenido lo tenga él. Yo le he dicho que el mayor regalo de todos es que esté con él.”*

- d) iDS:E(12) *“Yo creo que el posicionamiento es mi cambio, que ahora me posiciono más con la gente y eso se nota”*
- e) iDS:E(12) *“Me ronda la cabeza otra cosa, que quiero dejar a K, porque no estoy enamorada de él, estoy enamorada de otra persona y no quiero hacerle daño ¿Qué puedo hacer”*

Y los valles de la sesión 45:

- a) iDS:E (-7) *“No me siento agusto a su lado, creo que me falta algo que tengo con otra persona, que con él no lo tengo. Me siento incómoda cuando estoy a su lado. Además me saca quince años y pico, casi dieciséis... y no sé, no tenemos los mismos gustos.”*
- b) iDS:P(-14) *Discusión con un compañero: “Me amenaza porque me dice que le van a expulsar y que yo me voy a ir con él a la cárcel. (...) Pues no sé, porque me posiciono con él, porque no tengo claridad con él, y a él no le sienta bien. Sí, se pone celoso, porque dice que no le trato a él como a C.*
- c) iDS:P(-12) *Recuerdo de su relación anterior. “Lo que pasa es que él tenía un problema muy serio con el alcohol. Por la mañana bebía chupitos de whisky, por la tarde chupitos de whisky, se tiraba dodo el día a whisky. Le pedí que bajara el ritmo, no lo hizo y lo dejé.*



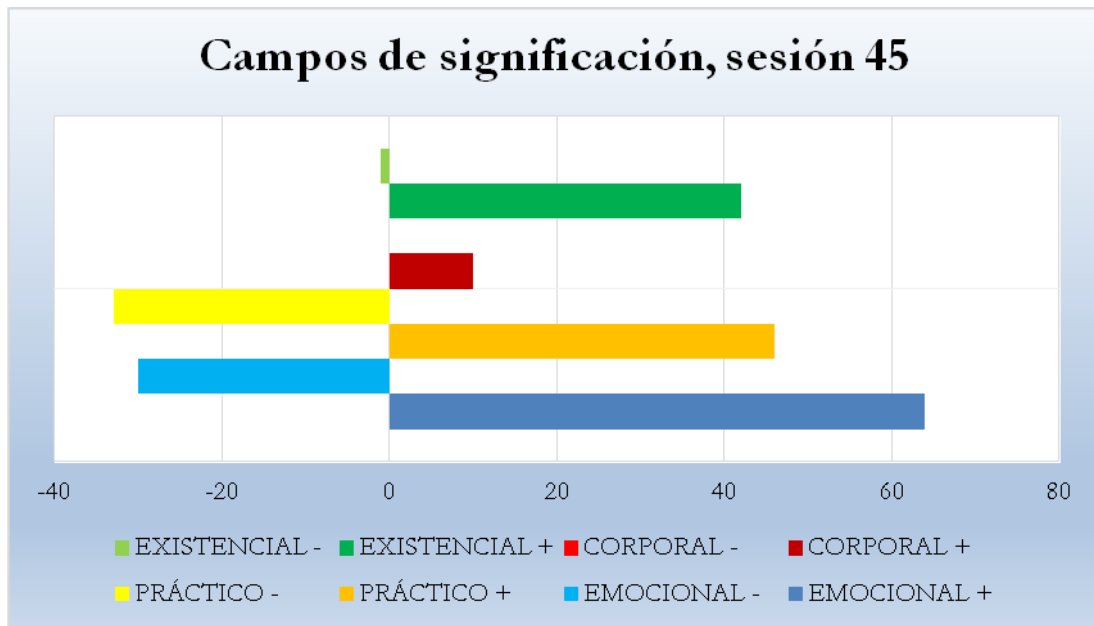


Figura 81: Campos de significación, sesión 45

#### 18.4 Sesión 46

Véase la codificación de la sesión -46 y la valoración de las cadenas semánticas en la Tabla 36.

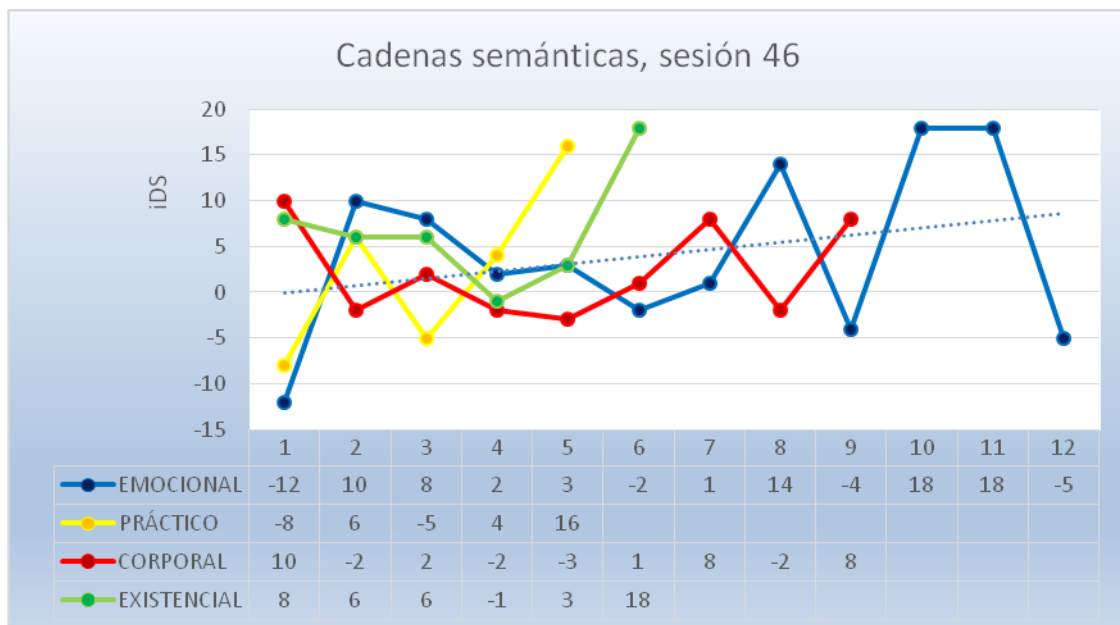


Figura 82: Cadenas semánticas, sesión 46

La sesión 46 es la última de las sesiones registradas y tiene una especial importancia por representar la imagen del final del proceso: Valoraciones netamente positivas en todos los campos, con un claro predominio emocional, en el que destacan las cumbres:

- a) iDS:E(14) Enamoramiento: *“Pues estoy muy ilusionada, que estoy deseando que llegue mañana a las 11, 15 para verle. Que estoy súper feliz, que me llena, me completa, me todo. Incluso cuando alguna vez hemos tenido alguna diferencia de opinión, siempre hemos llegado a un acuerdo, siempre hemos cedido los dos un poco y hemos llegado a un acuerdo, ya te digo. Y nada, muy bien”*
- b) iDS:E(18) *“Y soy feliz, soy feliz porque le tengo a mi lado, porque me va a esperar, porque me está ayudando mucho. Yo tengo miedo de que encuentre a otra, otra que esté libre, que pueda hacer lo que quiera. Pero no sé, él dice que se queda conmigo.”*
- c) iDS:E(18) Habla de su hijo: *“Estoy súper contenta de que haya aprobado, aunque haya fallado el inglés (...) Me gustaría que fuera buen estudiante y que estudiara, que estudiara y que estudiara. Y que se hiciera un hombre de bien, con estudios y no como yo, que estudié tarde... No, con estudios.”*
- d) iDS:Ex(18) Y de su deseo de volver a estudiar algo práctico: *“... me gusta mucho la informática y me gusta mucho la carpintería, eso de trabajar con las manos me encanta. Me gustaría hacer un cursillo de carpintería o algo de eso. Tengo hechos dos años de carpintería de armar, de hacer puertas, ventanas,*

*tejados, de esas cosas, ¿sabes? Y me gustaría hacer algún cursillo de ebanistería, para hacer muebles y eso.”*

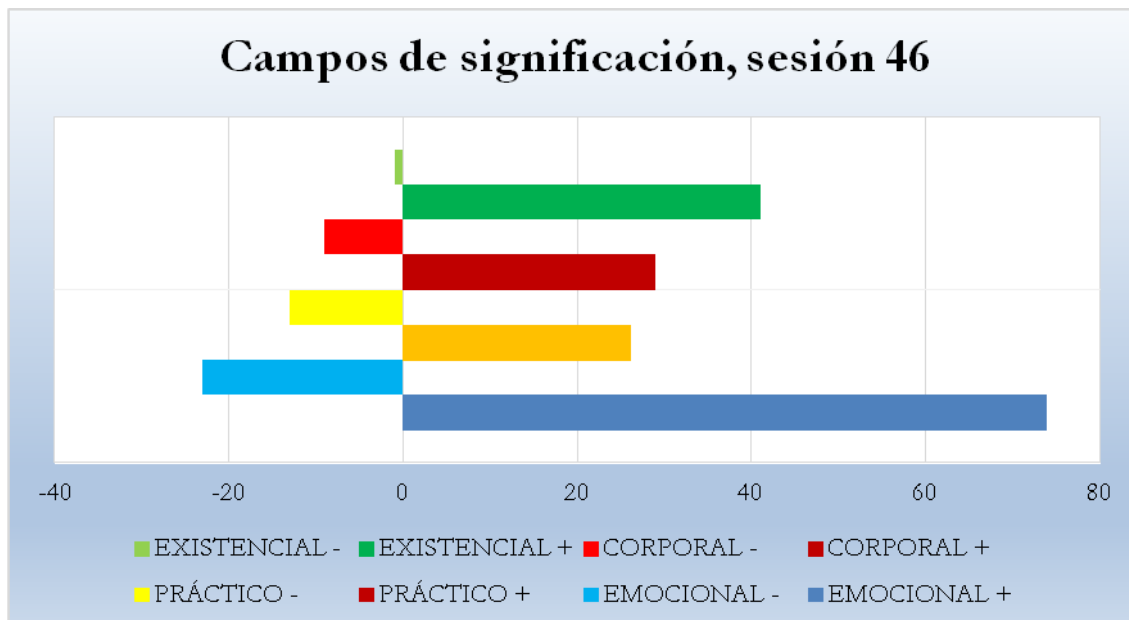


Figura 83: Campos de significación, sesión 46

### 18.5 Resumen de la evolución de los campos de significación en las fases finales.

Para exponer “La última etapa del tratamiento psicoanalítico” nos referiremos al artículo del mismo título de los directores de esta tesis (de Santiago Herrero, 2008), que recogen la teoría de los autores clásicos, sobre el final del tratamiento, y aportan una síntesis personal, planteando que el final de un análisis está siempre lleno de incertidumbres, clínicas, teóricas y contra transferenciales.

Incetidumbres clínicas, que tendrían que ver con la concepción de salud mental que tenga el analista, con la estructura clínica del analizado y con los avatares de la vida.

Incetidumbres teóricas, quizás sean éstas las menos, pues bajo la asunción de que todo

análisis es interminable, se asume que es imposible su completud. Incertidumbres contratransferenciales, que tiene que ver mucho con la ética psicoanalítica.

Freud, en los últimos años de su vida y obra, 1937, se preguntaba ¿Existe algo que puede llamarse terminación natural de un análisis? Concluyendo que no: Prefiere hablar de análisis incompleto antes que hablar de inacabado. La razón estriba en que en rigor no existen los análisis acabados y si los incompletos.

Melanie Klein (1950) plantea el final del análisis como una experiencia similar al destete en la infancia. Por lo tanto, los mismos conflictos que experimenta el bebé en el periodo de separarse del pecho de la madre se reavivan en el analizando al finalizar su análisis.

Lacan (1964) cuando trata el tema del final de análisis lo hace empleando el término “destitución subjetiva”, para hacer referencia a la situación en la que el sujeto destituido ya no espera del Otro, pues sabe que el “supuesto saber” es imposible.

Kohut (1993), desde la psicología del Self, plantea que sí es posible la completud de un análisis. La meta que ha de alcanzar un psicoanálisis, digamos al término, sería la revivencia y reelaboración no sólo de los conflictos edípicos sino también de las relaciones entre el sí-mismo y los objetos/sí-mismo del periodo edípico, sobre cuya base surge dicho complejo.

Para Coderch (2001), acercándose al psicoanálisis relacional (Mitchell, 1988, 1993; Joseph, 1985; Storolow y Atwood, 1992; Aron, 1996), el fin del análisis debe responder con el cumplimiento de unos objetivos y metas previamente negociados con el paciente.

Dicha negociación evitará confusiones, fantasías, idealizaciones, frustraciones y desencantos finales. En esa negociación el terapeuta junto con el paciente acuerdan la ayuda que realmente se puede prestar y también lo límites.

De Santiago & García (2008) proponen las siguientes formas de terminación del tratamiento psicoanalítico:

*“1.- Decisión del terapeuta (modelo médico)*

*2.- Decisión del paciente o “terminación natural”*

*3.- Común acuerdo. Este tipo de final ya fue propuesto por Ferenczi en 1925. Cuando el analista intuye que el paciente o el analizando ha terminado su análisis nuclear, anuncia a posibilidad de suspender las sesiones y observa la reacción del paciente ante la noticia.*

*4.- Interrupción: Se suele utilizar cuando cuenta con el visto bueno del terapeuta, para diferenciarlo de la deserción o el abandono.*

*5.- Abandono o deserción: generalmente interpretado como un acting, como una resistencia.”*

Y después de hacer un recorrido por los criterios de fin del análisis en la obra de los autores más importantes, exponen una propuesta en once puntos, que podemos resumir:

1. El objetivo último de todo buen terapeuta es llegar a no ser necesario.
2. Aumento significativo de la creatividad o la capacidad de trabajar y/o amar.
3. Revivencia adecuada de los duelos de la infancia de forma que fortalecido el Yo se aprecie objetivamente una maduración adecuada que sirva de base para los futuros duelos de la vida.
4. Tener fe en el ser humano. Creer en las personas y entender el sufrimiento de los demás.
5. Ausencia de síntomas y manejo de mecanismos de defensa de superación menos rígidos o patológicos.

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

6. Que el sujeto y el entorno aprecie su cambio interno y externo, en las sesiones, entre otros muchos indicativos, se aprecia pues empiezan a hablar de un antes y un después del tratamiento o de una antes y después de determinadas fases del tratamiento.
7. Predominio de las pulsiones de vida vs. las pulsiones de muerte. Es decir, la “unión de pulsiones” de las que Freud nos hablaba en Más allá del principio del placer (Freud, 1919-1920).
8. Deseos de no dejar de investigar y profundizar más en sí mismo y en los demás. En otras palabras que se vuelva un sujeto curioso y dispuesto al análisis crítico de la vida sobre todo en aras de la verdad.
9. Tener presente y abierta la capacidad de sorprenderse ante los fenómenos de la vida sin dogmatismos teóricos lo que le posibilita a enfrentarse a cualquier proceso de investigación tanto personal como interpersonal.
10. Mejora significativa en sus relaciones interpersonales.
11. Por último, ya Freud (1937) se refería a esas tres profesiones imposibles refiriéndose a la del psicoanalista, a la política y a la educación. Imposibles en el sentido de que es utópico ejercerlas de forma perfecta. Habría que añadir a éstas, otra muy cercana a la psicoterapia que es la del traductor y entendiendo que una traducción se deja, no se acaba podemos concluir con que un análisis se deja pero nunca se acaba.

El campo emocional positivo evoluciona favorablemente hasta la cumbre de la sesión 43, en la que habla abiertamente de su enamoramiento “*Me quedo con el amor, por supuesto, sin pensármelo*”... “*Me encuentro con ganas, con ilusión, con fuerzas*”... Apreciándose una línea de tendencia en la que predominan los sentimientos de *estar bien*.

#### **18.5.1 -Evolución del campo emocional en las fases finales**

TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

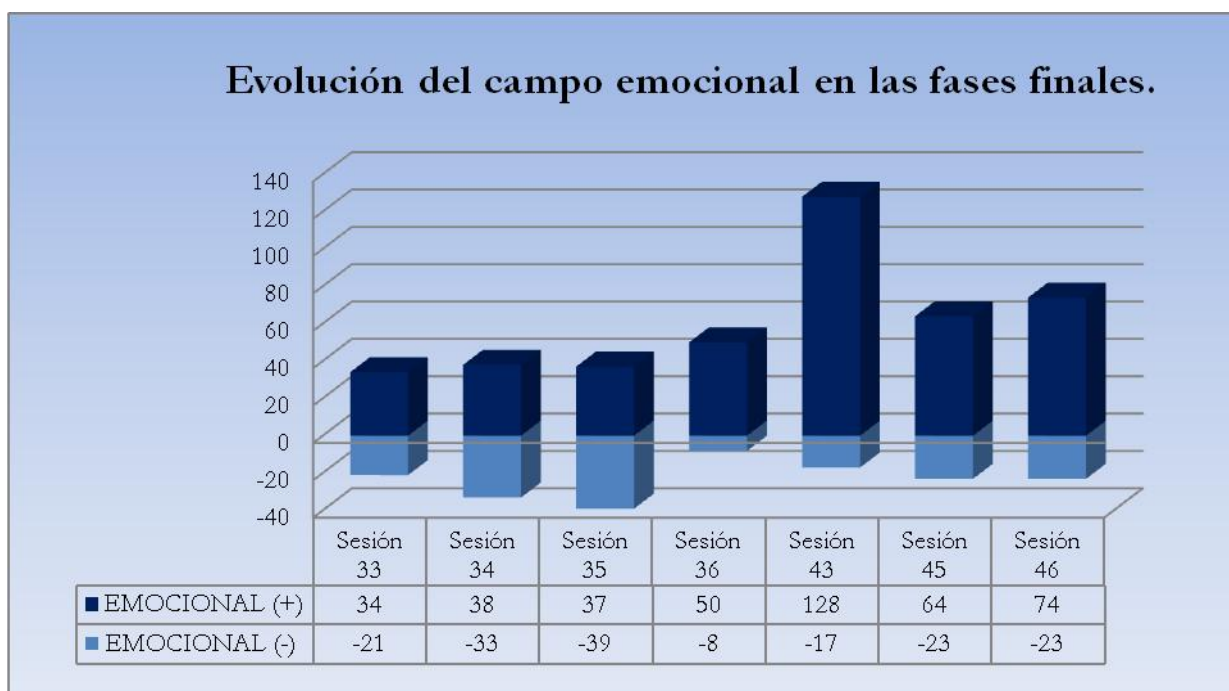


Figura 84: Evolución del campo emocional en las fases finales

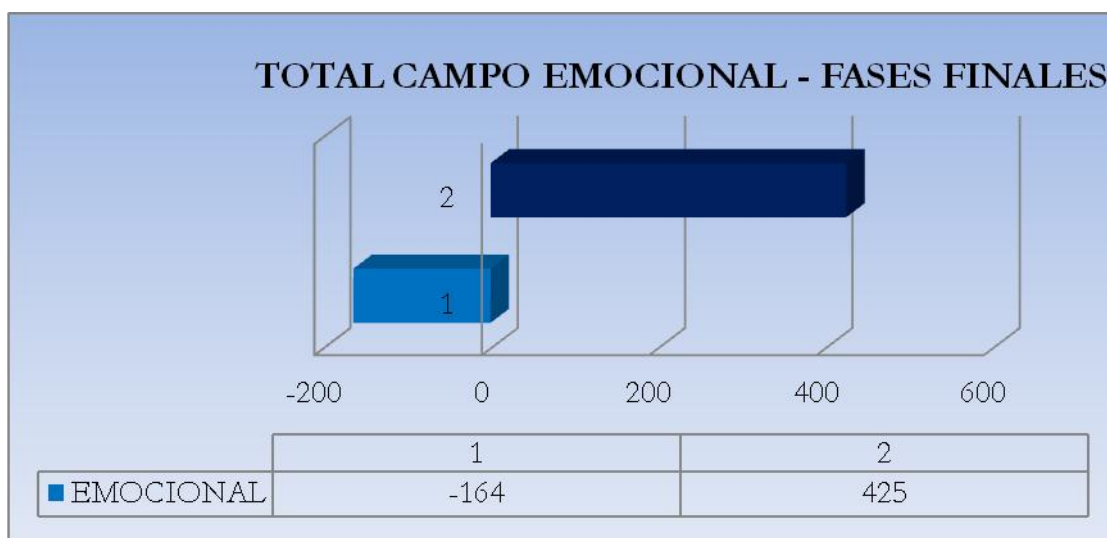


Figura 85: TOTAL CAMPO EMOCIONAL - FASES FINALES

El resultado total del campo emocional positivo (425) es muy superior al contenido negativo del campo emocional (-164).

18.5.2 -Evolución del campo práctico en las fases finales

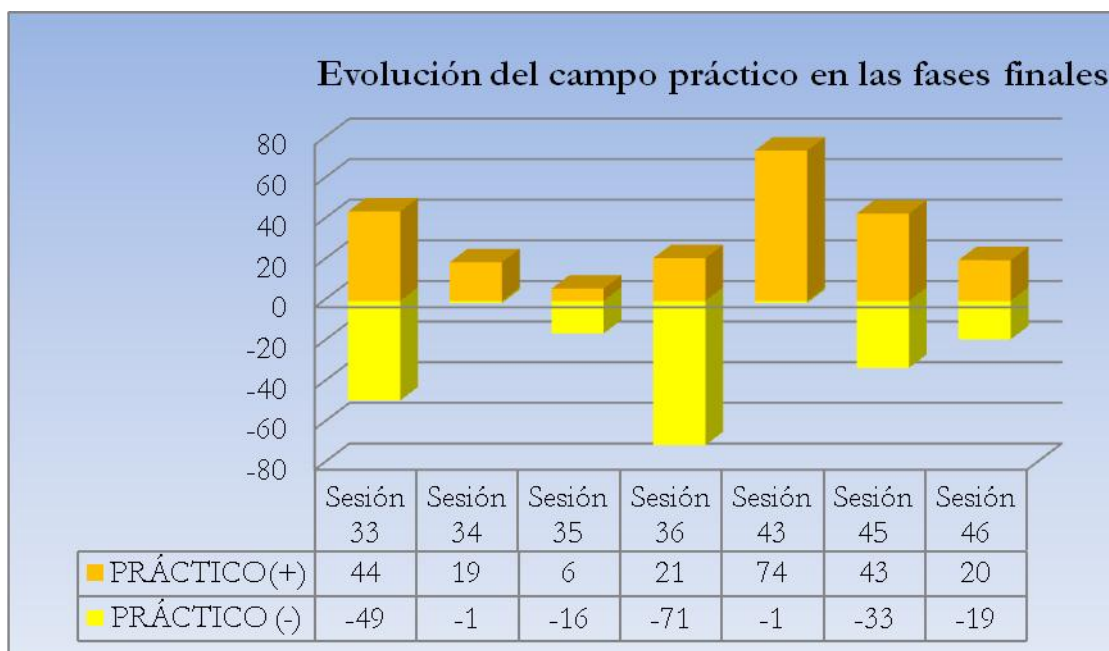


Figura 86: Evolución del campo práctico en las fases finales

Destaca el valle de la sesión 36 (-71) al recordar cómo resolvía los problemas con sus parejas: A uno le quemó el coche, a otro le lanzó una mesa a la cabeza y a otro le tiró todo los platos y vasos que había en la cocina. Para acabar concluyendo: *“Creo que igual la culpa no es de ellos, igual la culpa es mía”*.



TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

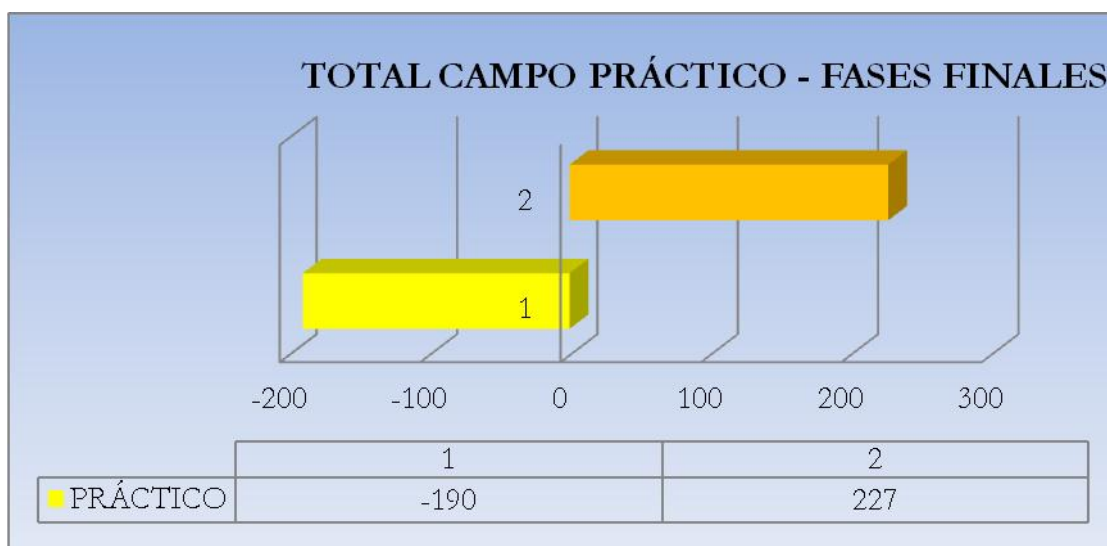


Figura 87: TOTAL CAMPO PRÁCTICO - FASES FINALES

Aun así, el total del campo práctico positivo (227) es considerablemente superior al negativo (-190) Diferenciándose sobre todo de las primeras fases del tratamiento, en que era predominantemente negativo. Destacan en estas fases finales los aspectos prácticos relacionados con las tareas realizadas en la comunidad terapéutica.

### 18.5.3 -Evolución del campo corporal en las fases finales

El campo corporal es, sin duda el que más dificultades ha presentado a lo largo del tratamiento y corresponde también a las puntuaciones más bajas del iSMOSS, tanto antes del tratamiento (4) como después del tratamiento (10) Respecto a un punto de corte de (17) como límite inferior de la zona de buena salud corporal.

Dos son los núcleos de conflictividad que destacan en el campo corporal a lo largo de todo el tratamiento: la obesidad y la insatisfacción sexual. Ahora dice encontrarse “*físicamente gorda*”. Reconociendo que le cuesta mucho bajar de peso, pero con una autoimagen más positiva y animada a hacer dieta y ejercicio.

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

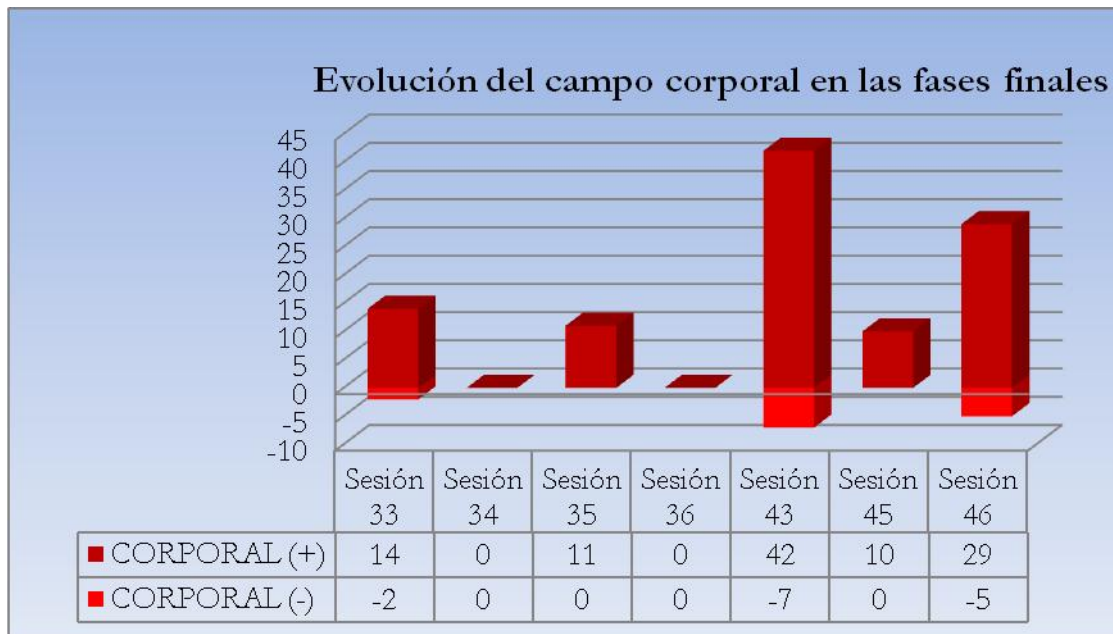


Figura 88: Evolución del campo corporal en las fases finales

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

Sin duda ha influido en su imagen corporal su nuevo amor: *“Que estoy súper feliz, me llena, me completa... Me todo.”* *“Y soy feliz, soy feliz porque le tengo a mi lado, porque me va esperar y porque me está ayudando mucho.”* En cuanto a la insatisfacción sexual, condicionada por una violación a los 18 años y una trayectoria de falta de deseo sexual, algo parece haber cambiado, con la nueva relación, al menos como expectativa: S.43, Cadenas 136 y ss. :

*Y... Y, no sé, y me gustaría que fuera una persona con la que compartir el resto de mi vida, porque me gusta su personalidad, sobre todo. Y si aun más, disfruto haciendo el sexo con él pues sería abrirme una puerta más, porque yo lo del sexo lo tengo tabú.”*

En conjunto, es sorprendente la evolución positiva del campo corporal en las fases finales (106) / (-14), como se muestra en la figura 89.

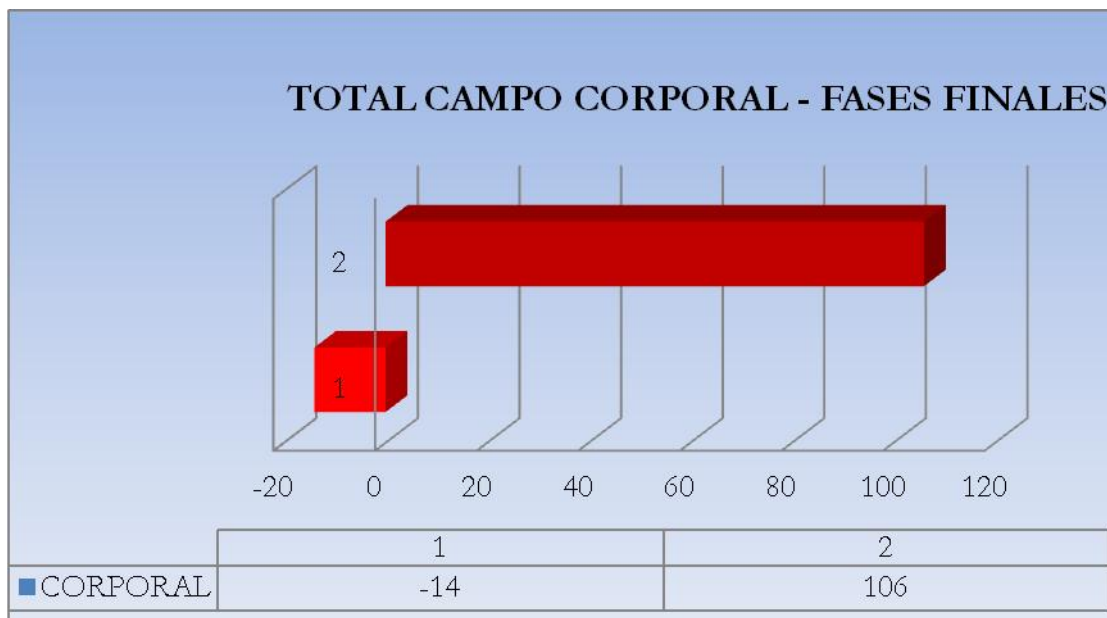


Figura 89: TOTAL CAMPO CORPORAL - FASES FINALES

#### 18.5.4 -Evolución del campo existencial en las fases finales

La familia, y especialmente la relación con su hijo, ha sido la base de su posicionamiento existencial positivo a lo largo de todo el tratamiento, pero ahora, además y especialmente en la cumbre de la sesión 36, cadenas 40 y ss, se reafirma su identidad para mirar de frente los problemas y afrontarlos: *“Estoy aprendiendo a mirar cara a cara y a afrontar el problema, no huir de él. Porque antes, lo que hacía era huir de los problemas (silencio de más de un minuto) Voy a tener que recordar mis relaciones, lo mal que lo he pasado con ellas. Voy a tener que recordar mi violación...”*

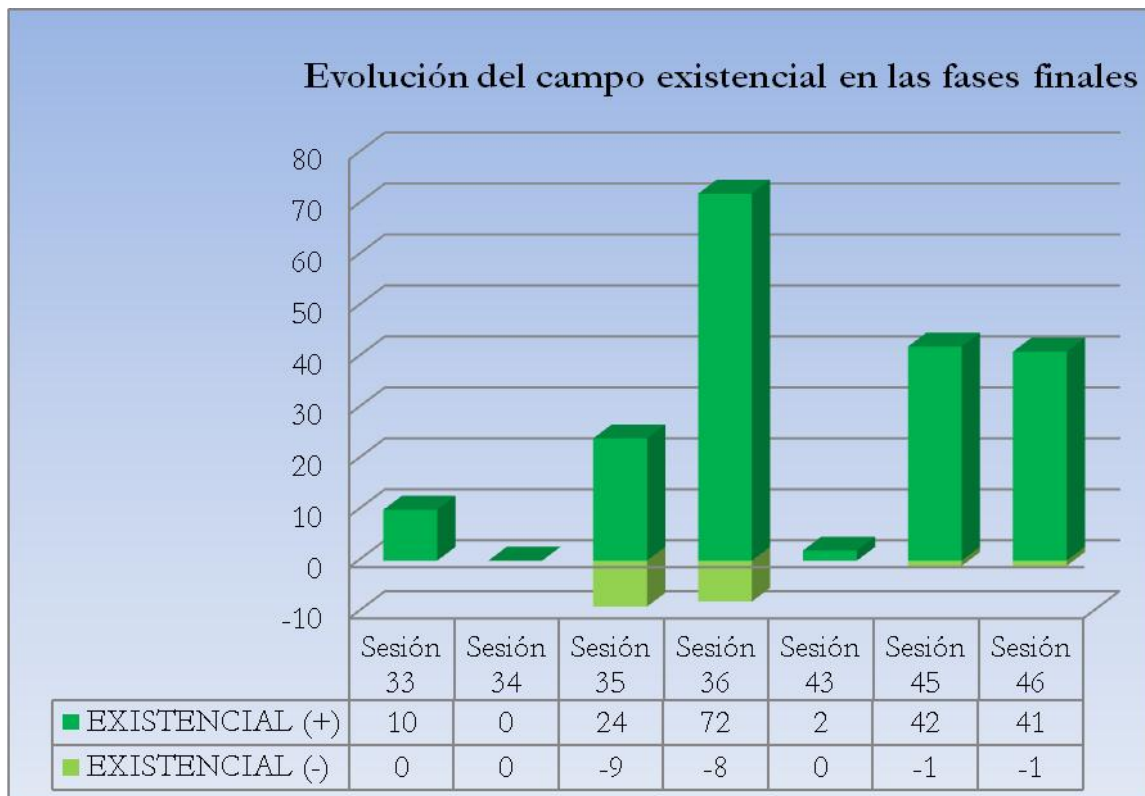


Figura 90: Evolución del campo existencial en las fases finales

La resultante total del campo existencial, en las fases finales del tratamiento es también netamente positiva, siendo también la puntuación más elevada del iSMOSS, después del tratamiento. En este caso, las valoraciones positivas alcanzan una puntuación total de 191, frente a -19 que corresponden a las valoraciones negativas del campo existencial.

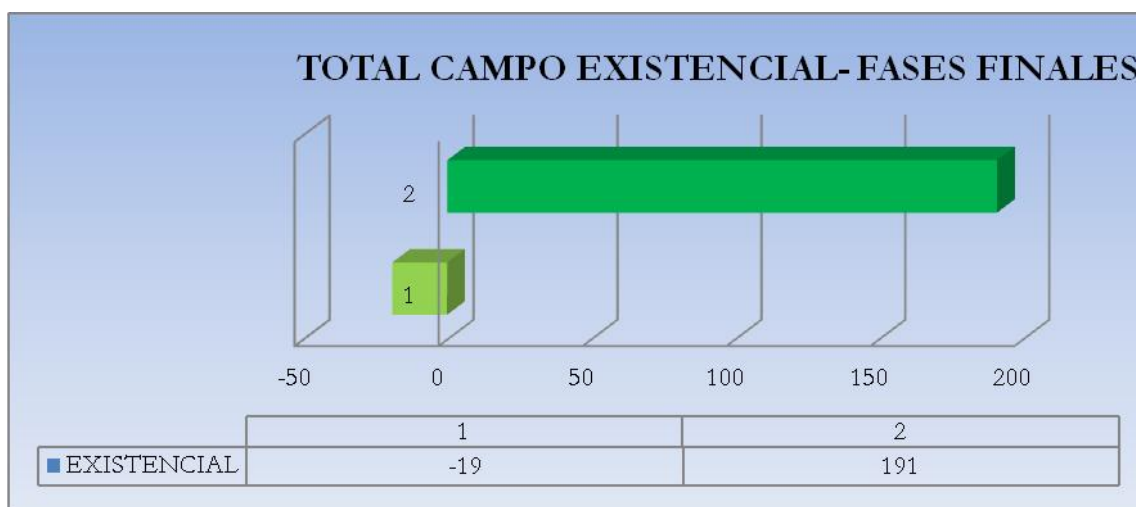


Figura 91: TOTAL CAMPO EXISTENCIAL- FASES FINALES

### 18.6 Cumbres y Valles del tratamiento psicoanalítico

En las dos figuras siguientes podemos observar en conjunto todo el texto analizado en el tratamiento psicoanalítico de Elisa, separando artificialmente todo el conjunto de iDS + correspondientes a las cadenas semánticas de los cuatro campos de significación que se han valorado positivamente y que denominamos “Cumbres”:

-En el campo emocional:

TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

---

iDS:E(55): *“Me motiva mucho el apoyo de mi madre. Por si estoy poco motivada, me motiva aun más. Sigo haciendo las cosas bien... Que no me preocupe, que ella va a estar ahí.”*

iDS:E(91): *“A veces pienso que si consiguiera quitarme de las drogas, él volvería conmigo. Es que incluso en los momentos malos, les doy la vuelta para ponerlos buenos.”*

-En el campo práctico:

iDS:P(46) S.3: *“Tengo que empezar a asumir responsabilidades y a enfrentarme a los conflictos, no poniéndome agresiva.”*

iDS:P(76) S. 27: *“Yo tenía cuatro condenas y estoy cumpliendo dos. Una que me ha bajado, que era del 2015 y otra que estaba pendiente. Sólo tengo las dos que estoy cumpliendo ahora. Tengo que hablar con la jurista.”*

TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

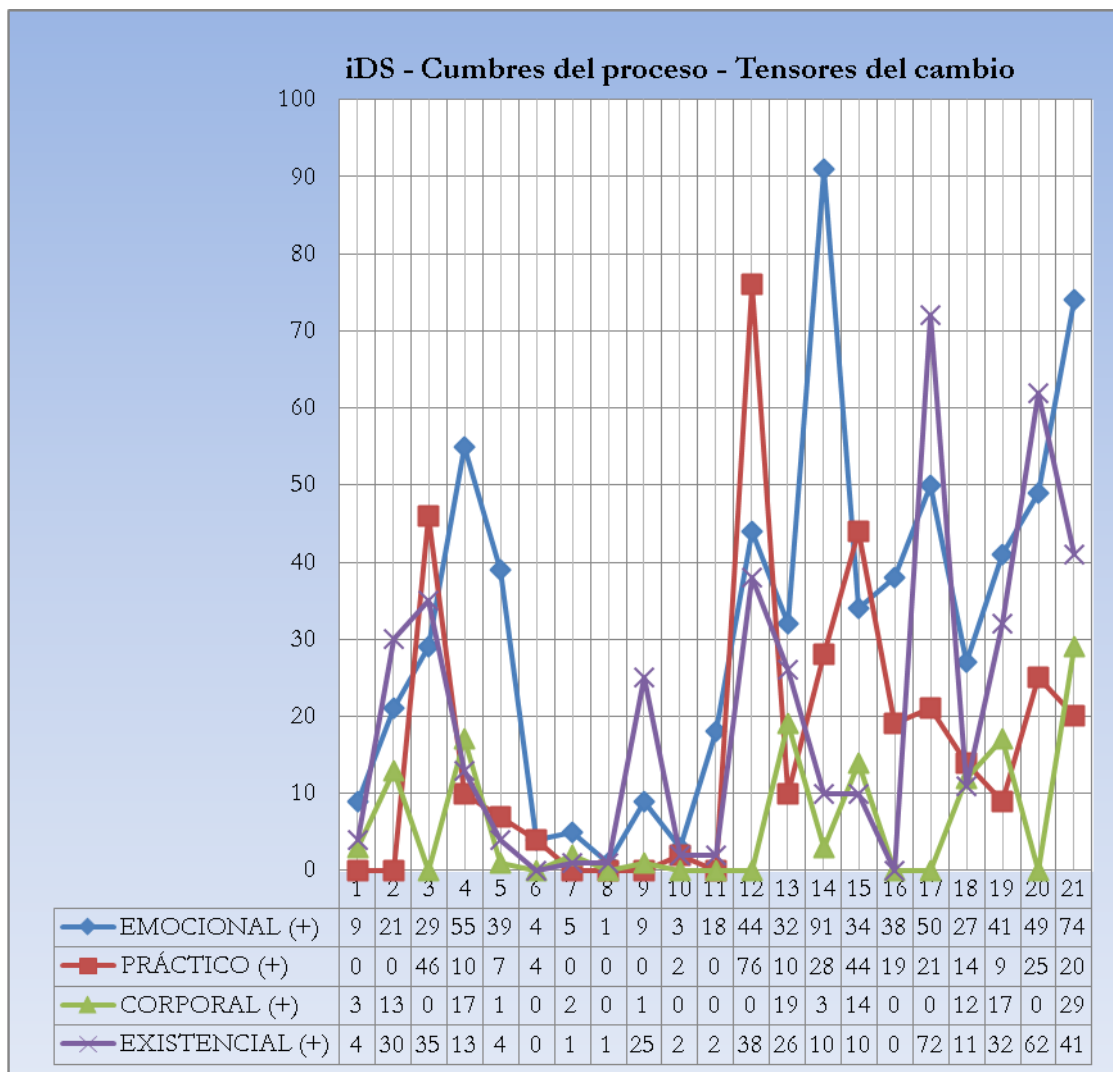


Figura 92: iDS - Cumbres del proceso - Tensores del cambio

TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

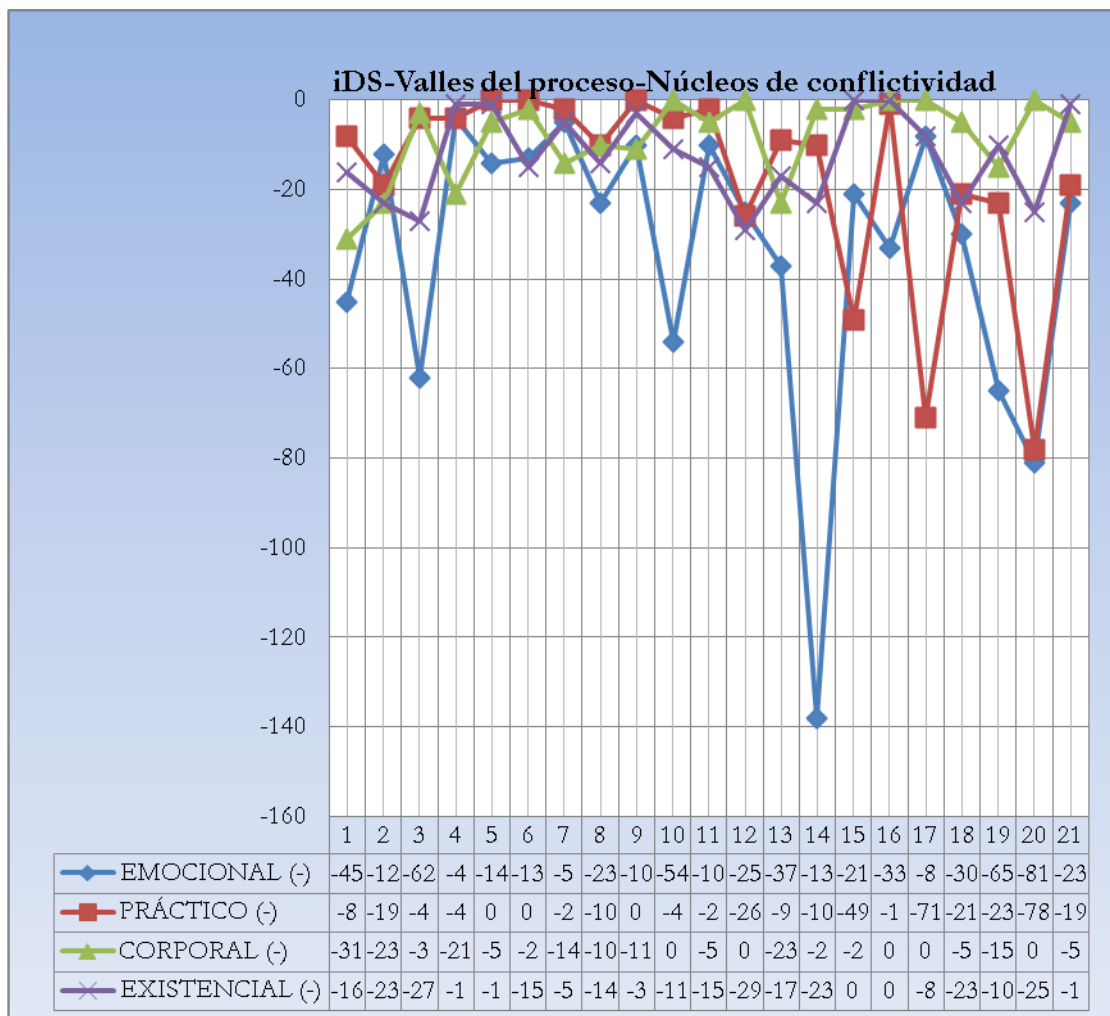


Figura 93: iDS-Valles del proceso-Núcleos de conflictividad



### 18.7 Nube de los iDS-EMOCIONALES

A continuación se presentan por separado los datos relativos a los IDS Emocionales, Prácticos, Corporales y Existenciales (Ver fig. 93, 94, 95 y 96) para finalmente, plasmar el texto de Elisa, correspondiente al tratamiento completo, en un solo gráfico de datos, en tres dimensiones (Ver fig. 97)

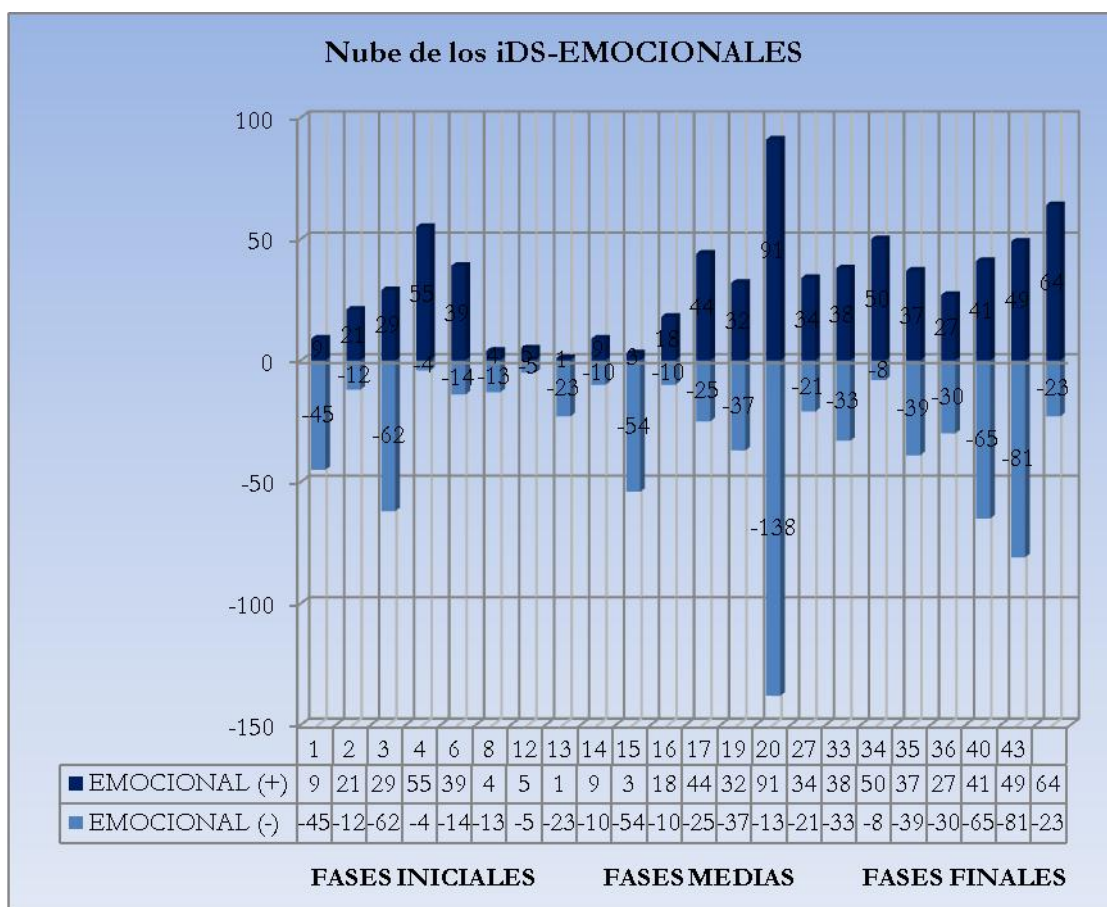


Figura 94: Nube de los iDS-EMOCIONALES

En esta figura que representa la nube de puntuaciones correspondiente a los iDS Emocionales de Elisa, puede observarse la evolución de un posicionamiento emocional

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

negativo en las fases iniciales ( $x=-62$ , sesión 3) pasando por puntuaciones extremas en las fases medias, hasta estabilizarse en un posicionamiento emocional positivo en las fases finales ( $x=+64$ , sesión 46).

**18.8 Nube de los iDS-PRÁCTICOS**

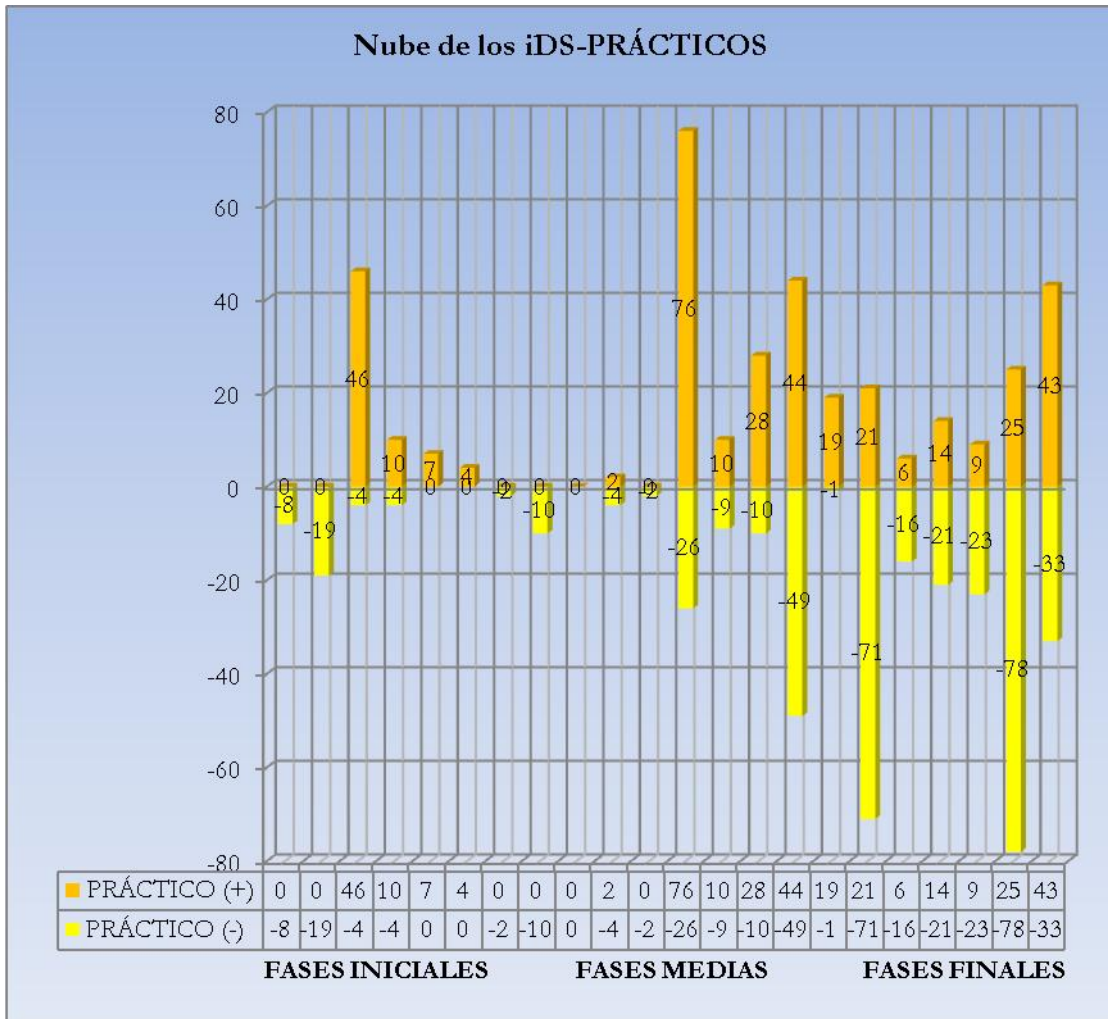


Figura 95: Nube de los iDS-PRÁCTICOS

18.9 Nube de los iDS-CORPORALES

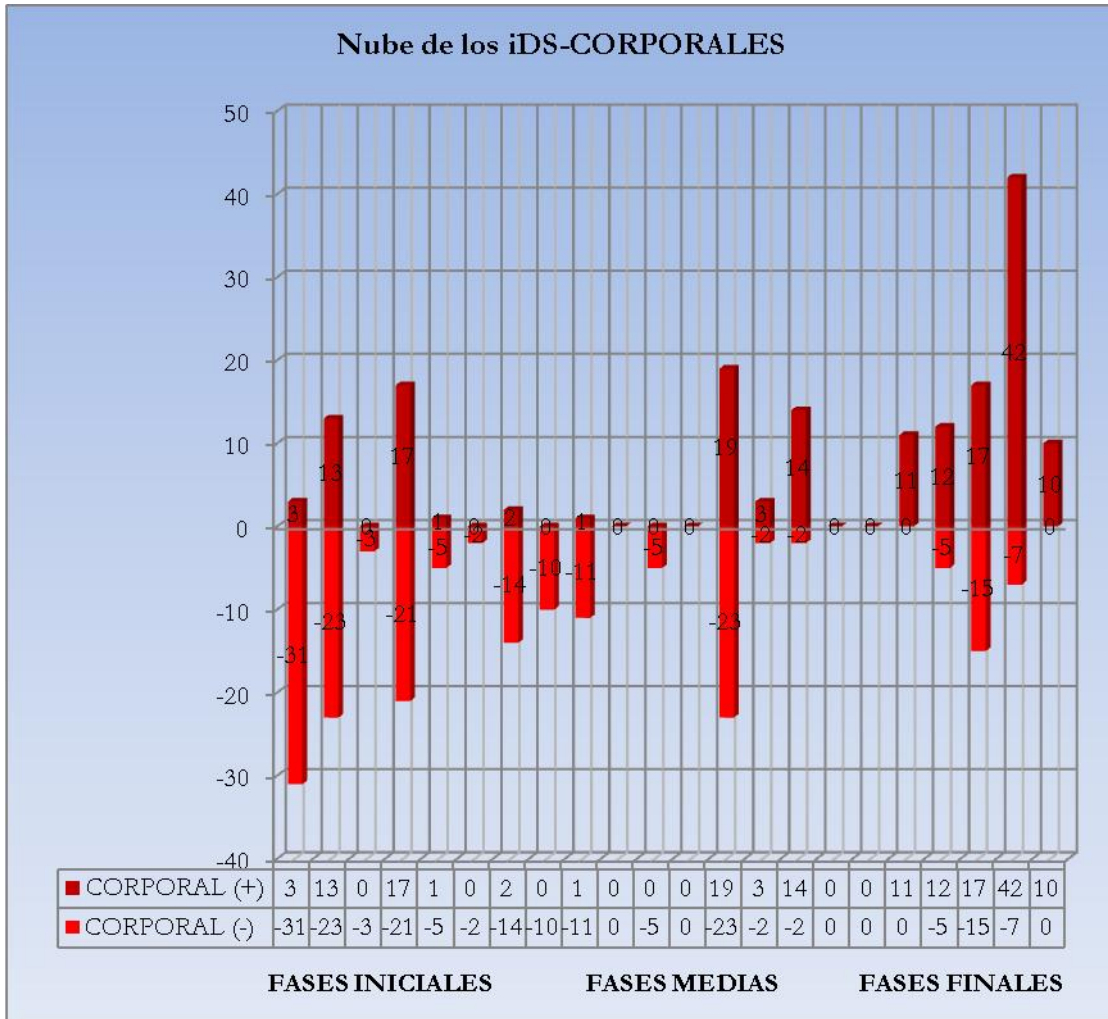


Figura 96: Nube de los iDS-CORPORALES

18.10 Nube de los iDS-EXISTENCIALES

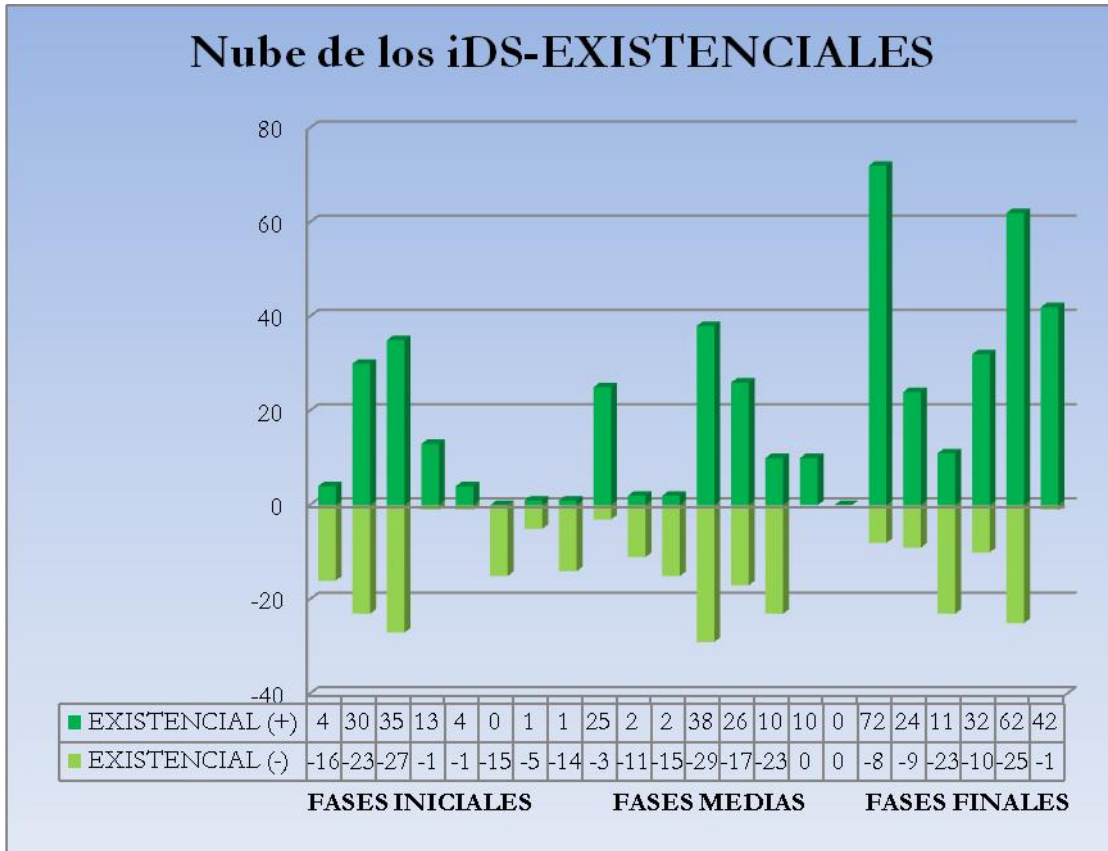


Figura 97: Nube de los iDS-EXISTENCIALES

**18.11 Nube de Cumbres y Valles de los iDS en el tratamiento psicoanalítico de Elisa**

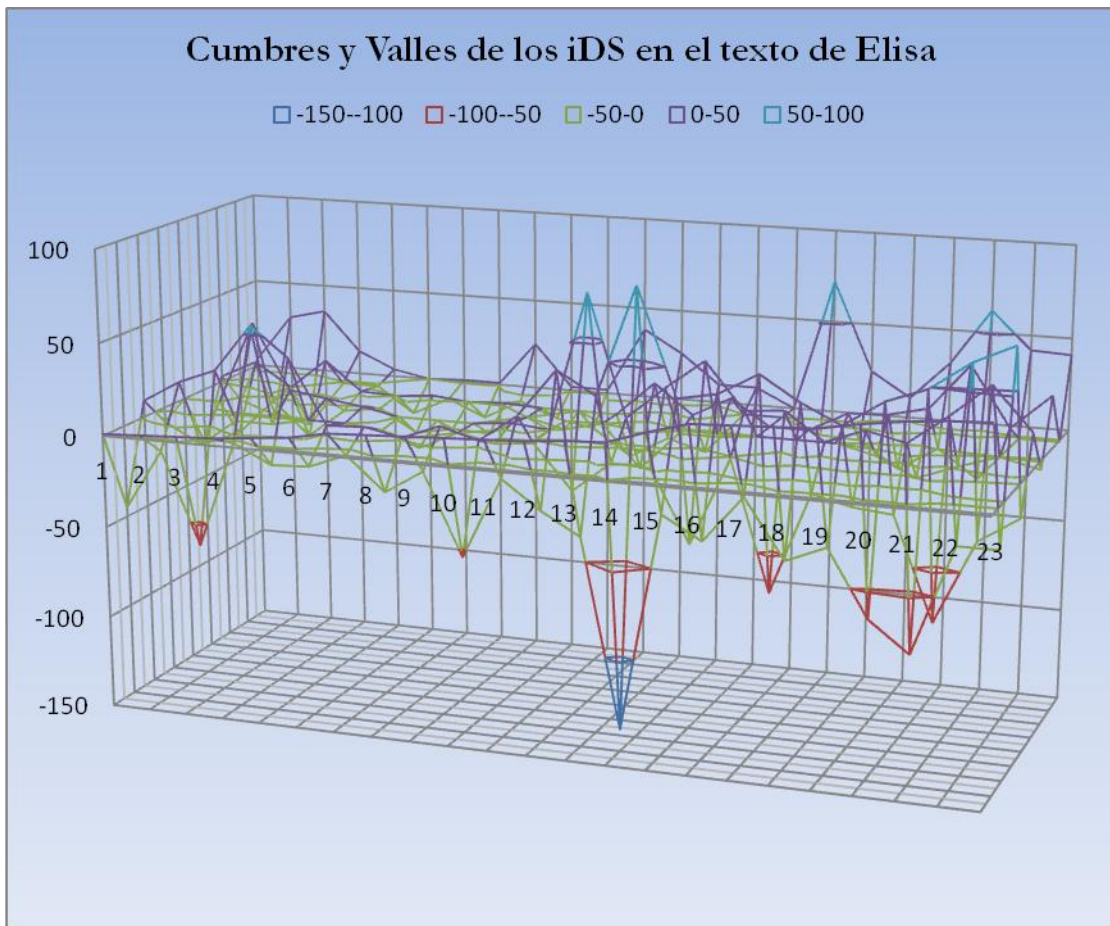


Figura 98: Cumbres y Valles de los iDS en el texto de Elisa

Intuitivamente, puede abarcarse la evolución del texto de Elisa en todas las fases del tratamiento de psicoterapia psicoanalítica, con la metodología de los iDS.

**19. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE ELISA.**

A continuación, y después de una breve presentación del Caso E, a través de un resumen de la entrevista inicial, exponemos de forma ordenada los datos obtenidos en la evaluación psicológica previa y posterior al tratamiento, a través de los siguientes instrumentos:

- 1.- Cuestionario de Psicoterapia (FUNDIPP)
- 2.- Egograma y Potencial de Autoeficacia.
- 3.- Test de Rorchach y Prueba de Morgenthaller
- 4.- Test proyectivo H.T.P.
- 5.- iSMOSS: Índices de Salud Mental Ortiz Sedano & De Santiago (2013)

**19.1 Entrevista inicial.**

**Datos personales**

Mujer de 30 años, diagnosticada de patología dual: Personalidad límite con cuadro depresivo grave y consumidora de drogas desde los 13 años, hasta fecha reciente, en que consumía grandes cantidades de cocaína. En varias ocasiones ha iniciado un programa de desintoxicación en centros especializados, abandonando el tratamiento a los pocos días. Antes de ingresar en el centro terapéutico estaba en la cárcel.

Comienza el tratamiento psicoanalítico cinco semanas después de haber ingresado en la unidad de Patología Dual, resaltando que es la primera vez que dura tanto tiempo en un centro.

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

Destaca que tiene un hermano con el que mantiene una relación “estupenda”. Los padres viven, pero tienen problemas de salud. El padre hernias y EPOC y la madre lumbagos, operación de rodilla y depresión.

Describe a su padre como “fuerte, brusco, dulce a veces, pero sobre todo, impone su voluntad”. El rasgo del padre que más influyó en ella es “la violencia”.

La madre: “Puf!... mi madre es dulce cariñosa, vengativa, rencorosa”. “No me parezco en nada a mi madre, porque ella es alegre y divertida y yo evito la conversación, me parezco más a mi padre”.

“Acabo de discutir con mi padre, porque llevo aquí 5 semanas sin ver a mi hijo.”

La relación con la madre es “respetuosa”.

Respecto a su educación dice que fue mala. Se escapaba porque no quería estudiar y discutía con su padre, que la pegaba. Influyó en el desarrollo de su personalidad “Mucho: Soy tímida, retraída, con carácter violento y arisco”.

El ambiente en su casa: “Malo, discusiones, peleas, gritos y golpes.” Además de los padres vivían en el domicilio los abuelos y una tía deficiente mental, que cuida a los abuelos. “Influyó en no poderme expresar a gusto”.

La relación con los compañeros en la escuela era “Mala, porque era rebelde y no me relacionaba con mis compañeros. No he sido una chica de hacer amigos.”

Aficiones: Escuchar música, televisión, perros y viajar. Practicaba baloncesto.

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

Salud física: 50 kg de sobrepeso. Comer por ansiedad. Una vértebra rota. No se encuentra satisfecha con su imagen corporal.

**Situación laboral.**

Ha trabajado como camarera, carpintera, gasolinera, comercial de pisos, seguros y teléfonos. Auxiliar geriátrico. Comenzó a trabajar a los 15 años.

**Relaciones interpersonales.**

No tiene amigos ni facilidad para hacer nuevas amistades, aunque le gusta comentar sus preocupaciones íntimas. Lo que más valora es sinceridad, apoyo y complicidad. Lo que más le molesta es las mentiras y que le roben.

**Situación relacional actual.**

En la actualidad vive con su padre. No está casada, tiene un hijo, mantiene buena relación con su compañero y su vida sexual no es satisfactoria.

**Sucesos vitales significativos durante el último año.**

Mi hermano se ha ido a vivir con su novia y mi abuela ha enfermado. Peso 50 kilos de más, porque me he descuidado mucho. Amistad con un compañero en la cárcel.

**Primeros recuerdos, sueños y deseos.**

Nacimiento de mi hermano, cuando tenía 6 años. Mi primera comunión a los 9 y los viajes a País 1, con 5-6 años. No recuerda sueños. Deseos: 1) Recuperación física y psicológica. 2) Estabilidad económica y social. 3) Tener a mi hijo a mi lado.



Me gustaría ser guapa, inteligente y muy activa. Valoro de mi misma la sinceridad, cercanía y la disponibilidad y no me gustan mi físico y mi carácter.

Otras personas que han influido en ella son el padre de su hijo y su actual compañero, porque gracias a él no se ha venido abajo.

Cree que una persona puede cambiar su forma de ser.

## **19.2 RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA.**

La evaluación psicológica inicial se realizó en quinta semana de su ingreso en la comunidad terapéutica, después de firmar el contrato de consentimiento informado y confidencialidad y coincidiendo con las primeras entrevistas de psicoterapia psicoanalítica.

Además de la entrevista semiestructurada que sirve de guía para redactar la psicobiografía, se pasaron los test proyectivos HTP, Rorschach y prueba de Morgenthaler y los cuestionarios de psicoterapia FUNDIPP, EPA e iSMOSS.

Posiblemente la mejor forma de valorar los resultados de esta evaluación sea comparar los datos iniciales y finales, antes y después del proceso terapéutico en cada una de las pruebas.

Aparentemente se observa una evolución favorable, que no puede atribuirse directamente al tratamiento psicoanalítico, sino al efecto combinado que producen los diferentes tratamientos simultáneos a los que ha estado sometida la paciente; en primer lugar al tratamiento farmacológico, en segundo lugar se observa que ha tenido una extraordinaria importancia en su evolución el tratamiento psico-educativo

proporcionado por la comunidad terapéutica y finalmente, tal vez haya influido también el tratamiento psicoanalítico, que combinaba tres tipos de sesiones semanales: dos sesiones individuales, una sesión de psicoanálisis grupal y psicodrama y una sesión virtual.

Si algún mérito ha tenido este tratamiento, posiblemente se limite a llevar un registro clínico, a través de índices dinámicos de salud, que permiten observar su evolución.

### **19.2.1 CUESTIONARIO DE PSICOTERAPIA (FUNDIPP)**

Este cuestionario de psicoterapia es una adaptación española del original de Anthony Ryle, realizada por la Fundación para la Investigación en Psicoterapia y Personalidad, Asociación científica particular para la aplicación, docencia e investigación de la Psicoterapia. Número de registro: 2534/173. CIF: G-39447636 y la autorización para ser utilizado en esta investigación fue autorizada por el Dr. C. Mirapeix.

En la introducción del cuestionario se explica textualmente su finalidad:

*“Lo que nos ha ido ocurriendo a lo largo de nuestra vida, y el sentido que le damos a todo ello, da color al modo en que nos vemos a nosotros mismos y a los otros, además recuerde aquello de que “todo depende del color del cristal con que se mire”. De tal forma que las cosas son, como nosotros las vemos, y habitualmente nuestra forma de ver “la realidad”, es la que nos parece “obvia y correcta”. Este punto de vista, personal es lo que llamamos nuestros **esquemas mentales**. A veces sin embargo, nuestra forma de entender la vida y de actuar (nuestros esquemas), pueden ser la fuente de nuestros problemas. Con vistas a*

*resolver nuestras dificultades, necesitamos tomar conciencia de cómo a veces lo que hacemos, pone las cosas peor.”*

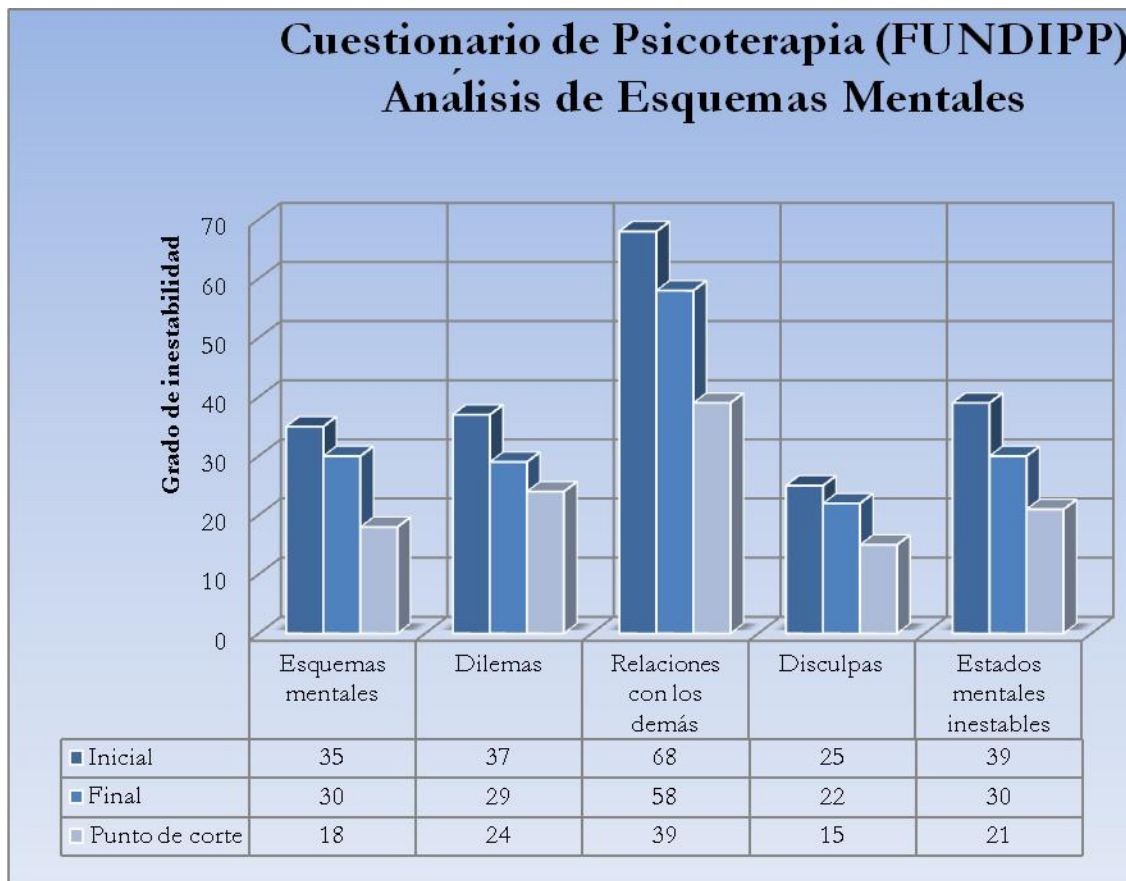


Figura 99: Análisis de esquemas mentales

Se puede observar que en todos los grupos de puntuaciones: esquemas mentales, dilemas, relaciones con los demás y estados mentales inestables; desciende el grado de inestabilidad, desde la situación inicial (pre-tratamiento) acercándose al punto de corte después del tratamiento de psicoterapia psicoanalítica.

### 19.2.2 EGOGRAMA Y POTENCIAL DE AUTOEFICACIA . EPA-iPsiS (De Santiago, Sedano & Ortiz)

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

Este instrumento, actualmente en fase de validación empírica en población clínica de España, deriva del Egograma del Prof. Mineyasu Suguita. Cátedra de Psicoterapia, Curso 8 de Intercambio de Análisis de Mineyasu Sugita, Editorial Nihon Bunka Kagakusha, 1985. ([www.qqmt.com/oh/15es/egograma.doc](http://www.qqmt.com/oh/15es/egograma.doc))

Aunque el esquema estructural es similar, esta versión española está basada en una escala Likert ponderada, aumentando los ítems de los extremos (F1 y F5) por tratarse de mecanismos de defensa, expresados en términos menos deseables que los factores que constituyen el núcleo de la personalidad (F2, F3 y F4). Se han renombrado y definido los factores para hacerlos comprensibles desde un esquema referencial más amplio que el Análisis Transaccional y se han reformulado los ítems, teniendo en cuenta las diferencias culturales. También es una innovación el cálculo del potencial respecto a un teórico perfil de auto-eficacia. Estas cuestiones las expondremos más detalladamente en una próxima publicación. Bástenos aquí con expresar nuestra admiración por el trabajo del Prof. Mineyasu Suguita.

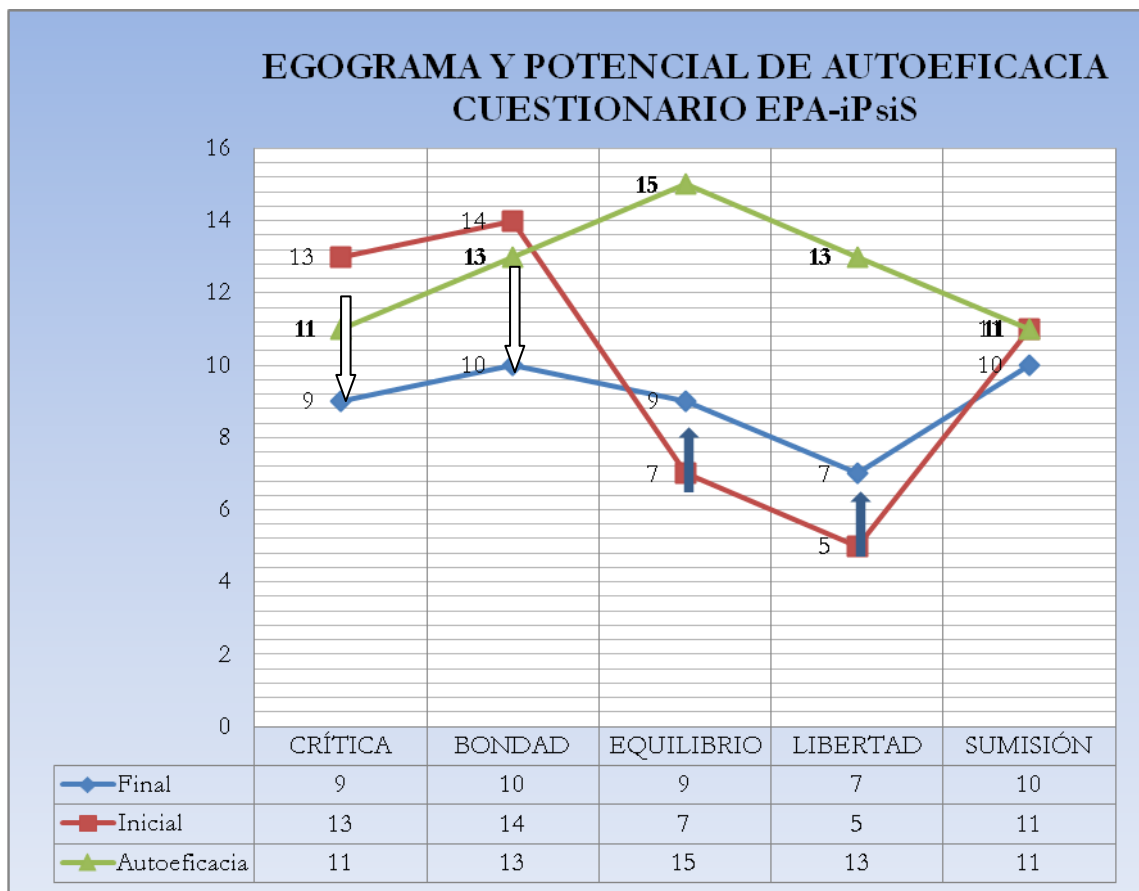


Figura 100: EPA-iPsiS

**Descripción de los factores:**

**F1.- Crítica:** Conductas de imposición de la voluntad, fuerza, firmeza, orden, prejuicios, desvalorización, autoritarismo.

**F2.- Bondad:** Comportamientos afectivos, protectores, ayuda y permisos para disfrutar y crecer, el aspecto negativo es la sobreprotección.

**F3.- Equilibrio:** Múltiples funciones, desde las más elevadas, como el pensamiento abstracto y la toma de decisiones, hasta las rutinas prácticas, actuando con realismo y objetividad.

**F4.- Libertad:** Manifestación de emociones auténticas, juego, placer, espontaneidad, creatividad. Y en lo negativo, egoísmo y despreocupación incontrolada.

**F5.- Sumisión:** Respuestas de disciplina, respeto, sensibilidad y retraimiento. En lo negativo se manifiesta como sumisión, desvalorización, confusión, o bien rebeldía desafiante y hostil.

Los factores 1 y 2 representan los elementos superyóicos de la personalidad, siendo F1: Crítica, el elemento de la imposición de la voluntad, la fuerza y el autoritarismo, y F2: Bondad y sobreprotección, situados inicialmente sobrepasando el nivel de auto-eficacia, y se observa que bajan considerablemente después de tratamiento.

Los factores F3: Equilibrio, que representa al “Adulto” y F4: Libertad, experimentan un considerable aumento al descender la presión del Superyo (F1 y F2), por lo que podemos afirmar que en conjunto, la estructura de la personalidad está más equilibrada, aunque falta todavía una diferencia considerable hasta alcanzar el nivel óptimo de auto-eficacia. A esa diferencia entre las puntuaciones resultantes y el nivel de auto-eficacia es a lo que denominamos potencial.

**El potencial** se obtiene calculando la diferencia entre las puntuaciones del egograma y el perfil teórico de auto-eficacia y cuantifica el grado en que los factores pueden activarse para desarrollar la personalidad, en el caso de puntuaciones positivas de potencial. Las puntuaciones negativas representan energía malgastada.

TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

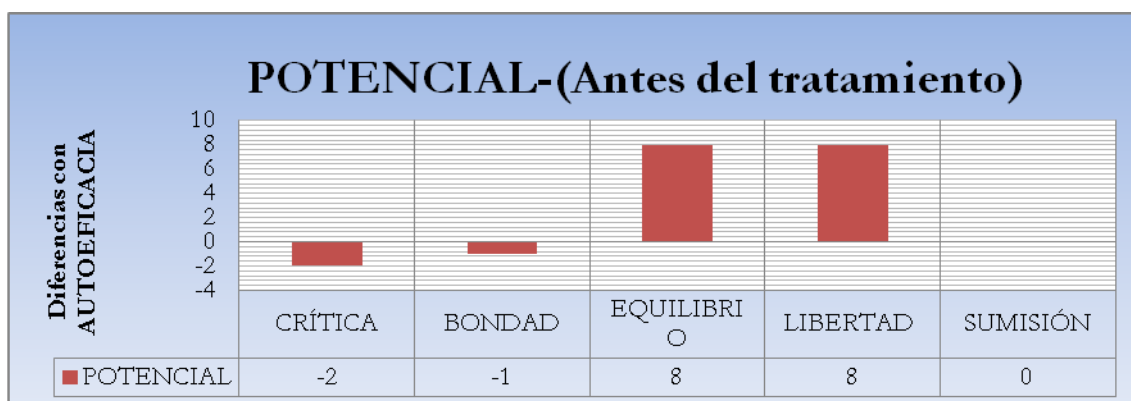


Figura 101: Potencial (Antes del tratamiento)

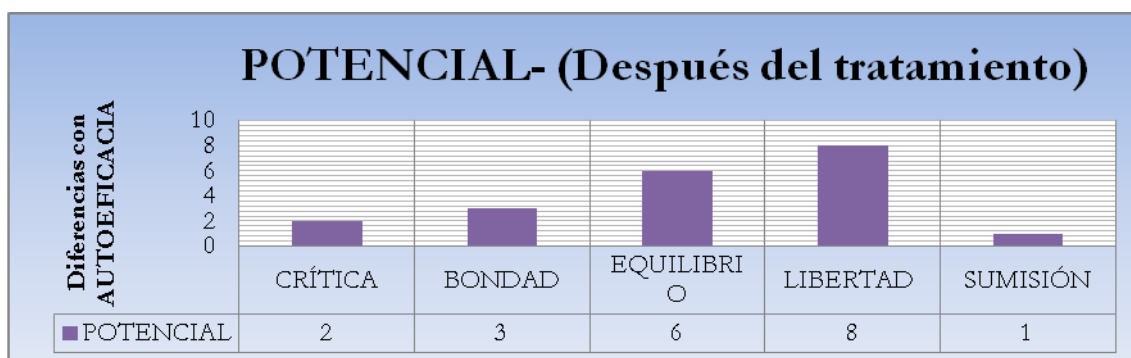


Figura 102: Potencial (Después del tratamiento)

El hecho de que todas las puntuaciones se encuentren muy por debajo del nivel de auto-eficacia al final del tratamiento, así como la reducción de la “fuerza del yo” (suma total de los factores) de 55 a 50, puede indicarnos que nos encontramos ante un perfil “sumergido”, que puede esponjar en el conjunto de los factores de la estructura de la personalidad, cuando mejoren los aspectos dinámicos, especialmente en relación con las cenestesis y los aspectos prácticos de la vida, como veremos más adelante.

En todo caso, la gráfica del potencial nos indica con claridad que los factores que deben potenciarse para alcanzar una mayor auto-eficacia son F4: Libertad y F3: Equilibrio.

Disponer de esta información puede ser una ayuda valiosa para reorientar la psicoterapia, definiendo los aspectos clave que van a ser determinantes del cambio psicológico.

### 19.2.3 TEST DE RORSCHACH

#### *Introducción*

La proyección es un término introducido por Freud (1894, 1896) que consiste en atribuir nuestros propios impulsos, sentimientos y emociones a otras personas, como mecanismo de defensa, permitiendo que permanezcan *inconscientes*.

Argumenta Freud (1896) que la memoria influencia la percepción actual del estímulo y está influida por la percepción pasada, dando lugar así a la *Apercepción* entendida como “*la interpretación significativa de una percepción.*”

La proyección, supone entonces el grado de mayor distorsión aperceptiva y se opone a la percepción objetiva; a mayor carga emocional, mayor distorsión y menos objetividad.

Hermann Rorschach, falleció a la edad de 37 años, nueve meses después de haber publicado su libro: “Psicodiagnóstico”. Fundador y vicepresidente del primer grupo suizo de psicoanálisis, que se constituyó en Zurich, en 1919. Durante los tres últimos años de su vida, en el grupo psicoanalítico, encontró una atmósfera mucho más abierta que en la Sociedad Suiza de Psiquiatría. Sus ideas fueron acogidas con interés y varios de sus colegas psicoanalistas, aprendieron de él su test. También realizó análisis en un pequeño número de pacientes en Herisau. El mismo no se había hecho analizar, ya que por entonces no era aún obligatorio el análisis didáctico. Cuando algunos de sus colegas



le propusieron someterse a análisis, les contestó que no lo estimaba necesario. En un lapso sumamente breve, y mientras ejercía sus funciones como jefe clínico, sus tareas en la Sociedad Psicoanalítica y su trabajo acerca de las sectas suizas, redactó su Psicodiagnóstico.

La elaboración de las láminas, su aplicación a los pacientes y a personas normales, la redacción del libro y su difícil publicación en junio de 1921, todo ello lo realizó solamente en algo más de tres años. Pero ya durante y después de la difícil y prolongada publicación, las concepciones de RORSCHACH habían asumido otras formas y se hallaba ocupado con las nuevas posibilidades de su test. Poco después de su publicación lo consideraba como superado. Su última comunicación a la Sociedad Psicoanalítica, presentada el 18 de febrero de 1922, ya contenía datos firmes acerca de los progresos realizados en cuanto a la técnica expuesta y a las mejoras con respecto al método de interpretación. Creía haber descubierto nuevos caminos que prometían un éxito pleno y sin embargo, a pesar de su muerte prematura, esta prueba psicológica ha influido como ninguna otra en el desarrollo de la psicología y el psicoanálisis.

Exponemos las respuestas al test de Rorschach, pre y post-tratamiento, siguiendo los protocolos utilizados por el Prof. J. de Santiago en *“Psicodiagnóstico psicoanalítico a través de técnicas proyectivas”*.

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

***Respuestas al test de Rorschach – Antes del tratamiento – Protocolo inicial.***

Tabla 18. Respuestas al test de Rorschach – Antes del tratamiento – Protocolo inicial

Lám.	Nº	Respuesta	LOC	DET	CON	FRE
I	1	Un murciélago	G	F+	T	V
	2	... o una mosca	G	F+	T	O+
II	3	(15")Parece, no se...				
	4	como si fuera el cuerpo humano	G	F-	M	O-
	5	los pulmones	D	F-	Anat	O-
	6	los riñones	D	F-	Anat	O-
	7	la pelvis	D	F-	Anat	O-
III	8	Puf!... (30")				
(*)	9	Parece como si fueran dos mujeres con un caldero o algo	G	F+	M	O+
IV	10	(25") Esto parecen dos botas... no veo más	DG	F+	Obj.	V
V (*)	11	Esto parece una mariposa, con las alas abiertas.	G.DG	B	T	V
VI	12	(Suspira) Como si fuese un gato, a ver cómo te lo explico...	G	F+	T	V
	13	Como si le abrieran y le estiraran en el suelo, aplastado, sí.	G	B	T	O+
VII	14	(35") Dos perritos en un balancín	G	B	T	O+
VIII	15	Como si fuese el cuerpo humano otra vez	G	F-	M	O-
	16	los pulmones	D	F-	Anat	O-
	17	los riñones	D	F-	Anat	O-
	18	la pelvis	D	F-	Anat	O-
IX	19	Como si fuese una mosca, con sus antenitas, un insecto parece	D. Dd	F-	Td	O-
X	20	Esto parecen arañas, que las tengo asco. (Gris)	D	F+	T	V
	21	(Centro, arriba) Esto parecen dos cobayas o dos ardillas	D	F-	T	O-
	22	(Rosa) Esto parecen dos piernas...	D	F-	Anat.	O-
		¡Ya está!				
		PRUEBA DE MORGENTHALLER				
		+VII, II, III -X, VI, I +IV -IX +V -VIII				

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

***Psicograma. Análisis cuantitativo inicial***

Tabla 19. Psicograma. Análisis cuantitativo inicial.

Lám.	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	Total
Tiempo R.		15"	30"	25"			35"				
Nº Resp.	2	5	2	1	1	2	1	4	1	3	22
Sucesión	GG	GDDD	G		G	GG		GDDD		DD	
					DG						
<b>Apercepción</b>	<b>Determinante</b>			<b>Contenido</b>			<b>Frecuencia</b>				
G:	9	F:	19	M:	3	V:	5				
<b>Respuesta Global</b>	<b>Forma</b>			<b>Contenido humano</b>			<b>Respuesta Vulgar</b>				
D:	10	B:	3	Md:	6	O:	15				
<b>Detalle usual</b>	<b>Movim. inanimado</b>			<b>Detalle humano</b>			<b>Respuesta Original</b>				
Dd:	1	FFb:		T:	3	O+:	4				
<b>Pequeño detalle</b>	<b>Forma Color</b>			<b>Contenido animal</b>			<b>Original bien vista</b>				
DG:	2	FbF:		Td:	1	O-:	11				
<b>Confabulatoria</b>	<b>Color con forma</b>			<b>Detalle animal</b>			<b>Original mal vista</b>				
Dzw:		Fb:		Anat:	6	(IR)*	4				
	<b>Color puro</b>			<b>Respuesta anatómica</b>			<b>Índice de Realidad</b>				
DzwG:		FHd:		Sex:		*(Stefan Neiger, 1956):					
	<b>Clarooscuro-forma</b>			<b>Respuesta sexual</b>			Capacidad del sujeto				
DzwD		Hdf:		Pl:		para reconocer normas					
	<b>Clarooscuro</b>			<b>Respuesta de plantas</b>			consensuales y para				
Do:		Hd:		Nat:		adecuar la conducta a					
	<b>Sombreado</b>			<b>Naturaleza</b>			ellas, según el				
		(Fb)		Obj:		Estructura		Puntos			
	<b>Nominac. de color</b>			<b>Contenido Objeto</b>			<b>Límite</b>		<b>5-4 *</b>		
				Geog.		Obsesivo		8 ó +			
				Geografía		Neurótico		7-6			
<b>Porcentajes</b>											
<b>Apercepción</b>	G%=40,9			D%=45,45			Dd%=4,54		Dzw%=		
<b>Determinante</b>	F%=86,36			F+%=27,27			B%=13,63		FFb%=		
<b>Contenido</b>	M%=13,63			T%=13,63			Anat%=27,2		Obj%=4,5		
<b>Frecuencia</b>	V%=22,72			O%=68,18			O+%=18,18		O-%=50		
<b>Índices</b>	% VIII-X=36,36%			Media VIII-X=30-35%			C.Afec=2,4 Hiper-sensibilidad		Media=1,2-1,5		
<b>Tipos</b>											
Tipo vivencial	COARTATIVO: 3/0 (Mov./Color) Pobreza afectiva.										
Tipo de apercepción	Fórmula de angustia: M+T<Md+Td=6/7: <b>Sí muestra angustia</b>										
Media de G%	20-30%			<b>40,90%</b>			<b>Pensamiento teórico abstracto</b>				
Media de D%	40-60%			45,45%			Pensamiento práctico adaptado				
Media de Dd%	10-15%			4,54%			Pensamiento minucioso, deprimido				
Sucesión	No se puede valorar adecuadamente										
Fenómenos especiales	Fracaso en: II y III			Crítica de objeto: VI							

*Análisis simbólico (Inicial y final)*

Lám. I.- Sentimiento de uno mismo, de quién soy yo (*Murciélagos... o una mosca*) Duda que indica inseguridad. Desproporción entre el murciélago y la mosca, en la prueba inicial (I) y en la final más decisión (F): *Un murciélago -¿Algo más? -No.*

Lám. II.- Integración afectivo-sexual. La respuesta: (*Parece, no se...*) sugiere inseguridad en la percepción, que intenta compensar con varias respuestas para justificar “*como si fuera un cuerpo humano*”: “*los pulmones, los riñones, la pelvis*” (I) *Pelvis de una mujer, los riñones y los pulmones.*

Lám. III.- Identificación psico-sexual. (*Parece como si fueran dos mujeres con un caldero o algo*). Percepción de la figura humana con respuesta de movimiento. (I) P. (F) Muestra más seguridad. La referencia a dos mujeres compartiendo el mismo objeto, permite valorar esta respuesta como B.

Lám. IV.- Lámina del padre o de la autoridad, (*Esto parecen dos botas... no veo más*), Negación, rechazo de la figura paterna. (I) *Dos botas con sus tacones. Y esta parte de arriba como una rata o un gato, con hociquito y patitas* (F).

Lám. V.- Lámina de la realidad o de la evidencia, (*Esto parece una mariposa*), percepción expansiva de la realidad, que incluye un movimiento de extensión (*con las alas abiertas*). (I) *Esto parece un murciélago, así, abierto.* (F).

Lám. VI.- Valor estimulante simbólico centrado en la sexualidad, (*Como si fuese un gato, a ver cómo te lo explico... Como si le abrieran y le estiraran en el suelo, aplastado, sí.*), el rechazo a interpretar las partes con connotación sexual es signo de la existencia de problemas sexuales, (I) en cambio, en la respuesta final incluye detalles como “*el hociquito (arriba) y las patitas (lat. y abajo)*”.

Lám. VII.- Representativa de la imago materna, “*Dos perritos en un balancín*” (I), dificultades de relación con la madre, complejo de culpabilidad y necesidad de reparación. Esta idea se refuerza con la conciencia de interpretación disminuida.

Evoluciona a “*Dos niños en un balancín*” (F) Elegida la primera (I y F) de las preferidas en la prueba de Morgenthaler.

Lám. VIII.- Afectividad, capacidad de adaptación afectiva “*Como si fuese el cuerpo humano otra vez ...*” (I) “*El centro parece un cuerpo humano, el esqueleto*” (F) Afectividad descarnada, con un componente todavía agresivo y crítico. Es importante el grado de agresividad que atribuye a los animales “*Dos jabalís o dos leones*”

**Lám. IX.-** Sublimación y segunda lámina materna. Las respuestas (I) “*Como si fuese una mosca, con sus antenitas. Un insecto parece*”. Puede ser una respuesta defensiva, de compromiso, ante la dificultad de interpretar. En cambio, al abandonar las defensas, en la prueba final: (*Estoy en blanco...*) La tensión que produce la dificultad para interpretar esta lámina corresponde a una respuesta de fracaso inicial seguida de una apercepción desorganizada que recurre a la indeterminación ante la dificultad de interpretar.

Lám. X.- Amplitud del espacio vital, (*También un dibujo, también unas arañas, como dos insectos, es lo que veo*) Repite la respuesta de la lámina anterior, como solución de compromiso, indicando un estrechamiento del espacio vital y dificultades prácticas.

### ***Análisis dinámico.***

En la evaluación inicial puede apreciarse un trastorno de la personalidad por evitación, rasgos paranoides, incapacidad, minusvalía y matices depresivos. Tipo de pensamiento dominante teórico abstracto (G%=40, Media 20-30%). Tipo vivencial coartativo 3/0. Pobreza de vivencias afectivas, no hay respuestas de caolor. Muestra angustia: M+T / Md+Td = 6/7. Índice de realidad de Neiger IR=4: Hipoplástico, que corresponde a una personalidad límite.

En la evaluación final aumenta la riqueza asociativa, pasando el nº de respuestas de 22 a 28, con lo que puede valorarse ya un tipo de sucesión relajada. Parece que también se suaviza la evitación paranoide, y la dureza coartativa se ha moderado en forma de comportamientos que corresponden más a un tipo vivencial introversivo y reflexivo.

También mejora considerablemente el coeficiente de afectividad, pasando de la hipersensibilidad (2,14) a la media (1,54) y la capacidad de estimulación afectiva, calculado por el porcentaje de respuestas a las láminas de color, según la fórmula:  $\% VIII-X = \frac{N^{\circ}R VIII-IX-X}{N^{\circ} \text{ Total de R}} \times 100$ , pasando de un inicial 36,36: Hipersensibilidad a estímulos afectivos a un resultado final de 28,5, que está muy próximo a la media del 30%. Finalmente el índice de realidad pasa del 4 inicial (límite) a 6 en la evaluación final (normal).

### *Índices diagnósticos.*

Pobreza de vivencias, tipo vivencial inicial: **coartativo** y final: **introversivo**, interiorizando la realidad en función de las vivencias y mostrando un mejor control de la impulsividad. Muestra sentimientos de **hipersensibilidad**, (2,14) de incapacidad y minusvalía con matices depresivos, en la evaluación inicial y se observa como disminuye la hipersensibilidad y la impulsividad (1,54) hasta situarse en la media (1,2-1,5) en la evaluación final. Pensamiento teórico abstracto, impulsividad afectiva y baja capacidad de control. Muestra angustia 6/7 en la evaluación inicial y en la evaluación final ya no presenta angustia 13/9. La inseguridad de juicio y preocupación narcisista por su cuerpo prevalecen en las dos evaluaciones.

### *Análisis de las defensas.*

La defensa inicial dominante es la **Regresión**: Proceso por cual el yo se defiende de un conflicto recurriendo a formas de satisfacción superadas.

En este caso observamos un elevado G=40,9% (oral) frente a una media de 20-30%, contenidos pregenitales y diminutivos (antenitas, hociquito) y confabulaciones y crítica de objeto, en X: “Esto parecen arañas, que las tengo asco”.

En el protocolo final, parece que el mecanismo de defensa dominante es el **Aislamiento**: operación inconsciente tendente a mantener separados de la conciencia determinados contenidos psíquicos, o las diversas representaciones afectos o motivaciones, a fin de debilitar su carácter ansiógeno y su riesgo de emergencia por la

ley de asociación. Esta defensa de aislamiento se caracteriza por los siguientes indicadores: N° de respuestas de color bajo (nulo), shock al color, crítica de objeto, tiempo de reacción alargado, algún fracaso, estupor ante símbolos sexuales, desvitalizaciones, fórmula de resignación.

***Prueba de Morgenthaler.***

Después de terminar de anotar las descripciones que da el sujeto de cada lámina, se extienden todas las láminas sobre la mesa y se le pide que indique sus preferencias, eligiendo en primer lugar las tres láminas que más le gusten, después las tres que menos le gusten; de las cuatro que quedan, primero la que más y luego la que menos, y de las dos últimas, también la que más y la que menos, siendo esta última, especialmente significativa, por connotar, en su rechazo la persistencia de conflictos, en relación con el contenido simbólico de cada lámina.

Las preferencias iniciales en la elección de las láminas (*I*): +VII, II, III -X, VI, I +IV -IX +V '-VIII. Siendo ésta última, -la más inconsciente- la que nos da la pista del núcleo básico de conflictividad: ***La afectividad y la capacidad de adaptación afectiva.***

Las preferencias finales en la elección son bastante semejantes (*F*): +VII, III, IV '-X, V, I +II '-VIII +VI -IX. Permanece como lamina preferida la número VII: ***La imago materna.*** Con la diferencia de que lo que parecían “*dos perritos en un balancín*”, son ahora “*dos niños en un balancín*”. Y la lámina VIII que fue rechazada inicialmente, es ahora sustituida por la número IX: ***La sublimación.***

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

***Respuestas al test de Rorschach – Después del tratamiento – Protocolo final***

Tabla 20. Respuestas al test de Rorschach – Después del tratamiento

Lám.	Nº	Respuesta	LOC	DET	CON	FRE
I	1	Un murciélago	G	F+	T	V
		20" ¿Algo más? -No.				
II	2	Pelvis de una mujer (abajo)	D	F+	Sex	V
	3	los riñones	D	F-	Anat	O-
	4	los pulmones	D	F-	Anat	O-
III	5	Esto parecen dos mujeres	G	F+	M	V
	6	Con sus brazos	D	F+	Md	V
	7	Con sus piernas	D	F+	Md	V
	8	Con una olla (abajo)	G	F+	Obj	O+
IV	10	Dos botas	DG	F+	Obj.	V
	11	con sus tacones	Dd	F+	Obj.	V
	12	y esta parte de arriba como una rata o un gato	Dd	F-	M	O-
	13	con su hociquito y pelitos	Dd	F-	Md	O-
V	14	Esto parece un murciélago, así abierto.	G	B	T	V
	15	... como si estuviera extendido	G	B	T	V
VI	16	Un gato, abierto también	G	F+	T	V
	17	El hociquito (arriba)	Dd	B	T	O+
	18	Las patitas (laterales y abajo)	Dd	F-	Td	
VII	19	(15") Dos niños en un balancín	G	B	M	O+
VIII	20	El centro parece un cuerpo humano	G	F-	M	O-
	21	El esqueleto	D	F-	Md	O-
	22	(laterales) Dos jabalís o dos leones	D	F+	T	O-
IX	23	Estoy en blanco...				
	24	20" A ver... Esta parte de arriba parece un insecto	D	F-	T	O-
		... con sus antenas	Dd	F-	Td	O-
X	25	20" Dos arañas (azul)	D	F+	T	V
	26	Y un insecto...	D	F-	T	O-
	27	La cabeza (gris)	D	F-	Td	O-
	28	Las alas (rojo)	D	F-	Td	O-
	29	Las patas (verde)	D	F-	Td	O-
		<b>+VII, III, IV '-X, V, I +II '-VIII +VI -IX</b>				



**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

***Psicograma. Análisis cuantitativo final***

Tabla 21. Psicograma. Análisis cuantitativo final

Lám.	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	Total
Tiempo R.		15"	30"	25"			35"				
Nº Resp.	1	3	4	4	2	3	1	3	2	3	28
<b>Sucesión (laxa)</b>		D	G	DG	G	G		G	D	D D	
		D	D	Dd	G	Dd		D	Dd	D D	
		D	D	Dd		Dd		D		D	
			G	Dd							

Apercepción	Determinante	Contenido	Frecuencia
G:	8	F: 24	M: 4
V:			11
Respuesta Global	Forma	Contenido humano	Respuesta Vulgar
D:	11	B: 4	Md: 4
O:			17
Detalle usual	Movim. inanimado	Detalle humano	Respuesta Original
Dd:	6	FFb: -	T: 10
O+:			4
Pequeño detalle	Forma Color	Contenido animal	Original bien vista
DG:	-	FbF: -	Td: 5
O-:			13
Confabulatoria	Color con forma	Detalle animal	Original mal vista
Dzw:	-	Fb: -	Anat: 2
(IR)*			6
	Color puro	Respuesta anatómica	Índice de Realidad
DzwG:	-	FHD: -	Sex: 1
*(Nager, 1946):			
	Clarooscuro-forma	Respuesta sexual	Capacidad del sujeto
DzwD	-	Hdf: -	PI: -
			para reconocer normas
	Clarooscuro	Respuesta de plantas	consensuales y para
Do:	-	Hd: -	Nat: -
			adecuar la conducta a
			ellas, según el
			esquema:
			Estructura Puntos
	Sombreado	Naturaleza	Obsesivo 8 ó +
(Fb)	-	Obj: 3	<b>Neurótico 7-6 *</b>
	Nominac. de color	Contenido Objeto	Límite 5-4
		Geog. -	Psicótico 3 ó -
		Geografía	

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

Porcentajes								
<b>Apercepción</b>	G%=	27,6	D%=	46,6	Dd%=	21,4	Dzw%=	-
<b>Determinante</b>	F%=	85,7	F+%=	46,6	B%=	14,3	FFb%=	-
<b>Contenido</b>	M%=	14,3	T%=	32,1	Anat%=	7,1	Obj%=	10,7
<b>Frecuencia</b>	V%=	39,3	O%=	60,7	O+%=	14,3	O-%=	46,3
<b>Índices</b>	% VIII-	<b>28,6</b>	Media	30-35	CA= <b>1,5</b>		Media=	1,2-
	X=		VIII-X=					1,5

### Tipos

Tipo vivencial	INTROVERSIVO-REFLEXIVO 4/0		
Tipo de apercepción	Fórmula de la angustia: M+T<Md+Td= 13/9 NO-ANGUSTIA		
Media de G% 20-30	<b>27,6</b>	Pensamiento teórico abstracto	
Media de D% 40-60	<b>46,4</b>	Pensamiento práctico adaptado	
Media de Dd% 10-15	<b>21,4</b>	Pensamiento minucioso, deprimido	
Sucesión	Relajada, laxa		
Fenómenos especiales	Fracaso en: I y IX      Crítica de objeto: No		
Desvitalización:	No	Reiteraciones: En 4 y en 6 (hociquito)	
Fórmula de resignación: IX “Estoy en blanco...”			

### *Análisis de las diferencias.*

Podemos resumir brevemente las diferencias entre los dos protocolos, inicial y final, en siete puntos:

Aumenta el número de respuestas, de 22 a 28. **Aumenta la riqueza asociativa.**

En el protocolo final, puede apreciarse una **sucesión relajada o laxa.**

El tipo vivencial pasa de Coartativo a Introversivo, **disminuye la impulsividad.**

El Coeficiente de Afectividad C.A. se modera, **desde la hipersensibilidad (2.4) a la media (1,5).**

El resultado anterior es **coherente con la disminución de la capacidad de estimulación afectiva**, desde la hipersensibilidad a estímulos afectivos inicial (36,36) a la media (28,50).

TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

---

El índice de realidad de Neiger (IR) **aumenta** desde el 4 inicial: Hipoplástico, que corresponde a personalidad límite, a 6 que indica un **buen contacto con la realidad**.

En la prueba de Morgenthaler permanece como lámina preferida la VII “*La imago materna*”, pero la interpretación evoluciona de “*dos perritos en un balancín*” a “*dos niños en un balancín*” y cambia la lámina rechazada inicial VIII “*La afectividad*” por la IX “*la sublimación*”. Hacer consciente la dificultad para interpretar esta lámina produce cierta tensión, especialmente en personas inseguras que temen a sus propios impulsos. Es de destacar que para Loosli-Usteri, la IX es la *segunda lámina materna*, posiblemente manifestando, en un nivel más inconsciente, los restos de conflictividad que aún persisten con la **figura materna, objeto central del análisis y núcleo básico de la conflictividad**, cuya superación ha sido uno de los principales indicativos de alta.

#### **19.2.4 TEST PROYECTIVO DE DIBUJO HOUSE-TREE-PERSON de BUCK**

El H.T.P. es una técnica proyectiva en la que se solicita que se dibuje una **casa** un **árbol** y una **persona**. La elección de los motivos por los que se elijen estos dibujos (casa, árbol, persona) en opinión del creador de este test, J. N. Buck (1946) es que son elementos familiares para toda la población, se adaptan a todos los grupos de edad y producen en el sujeto una comunicación más fluida y menos defensiva. En general podemos decir que la casa simboliza el self (yo y ello) el árbol, los aspectos más inconscientes (ello) y la persona los más conscientes (yo y superyo). Aunque la proyección no se limita a los aspectos concretos de la personalidad, sino que incluye el medio ambiente. Las representaciones que se obtienen a través de estos dibujos están saturadas emocional e ideacionalmente al desarrollo de la personalidad y son de una extraordinaria riqueza deductiva. Se trata, por tanto, de una de las pruebas más estudiadas en la historia de la psicología moderna, en la que será difícil realizar innovaciones –parece que ya está todo dicho- y sin embargo, siempre se podrá aportar algo más en orden a la claridad, orden y sistemática en la presentación de los resultados.

#### ***Dibujos pre y post tratamiento. Análisis comparativo.***

**La casa**, como evocación de las relaciones inter-familiares, representa la noción de hogar, como refugio físico y psíquico. (De Santiago, 1999).

*LA CASA (Dibujo inicial)*

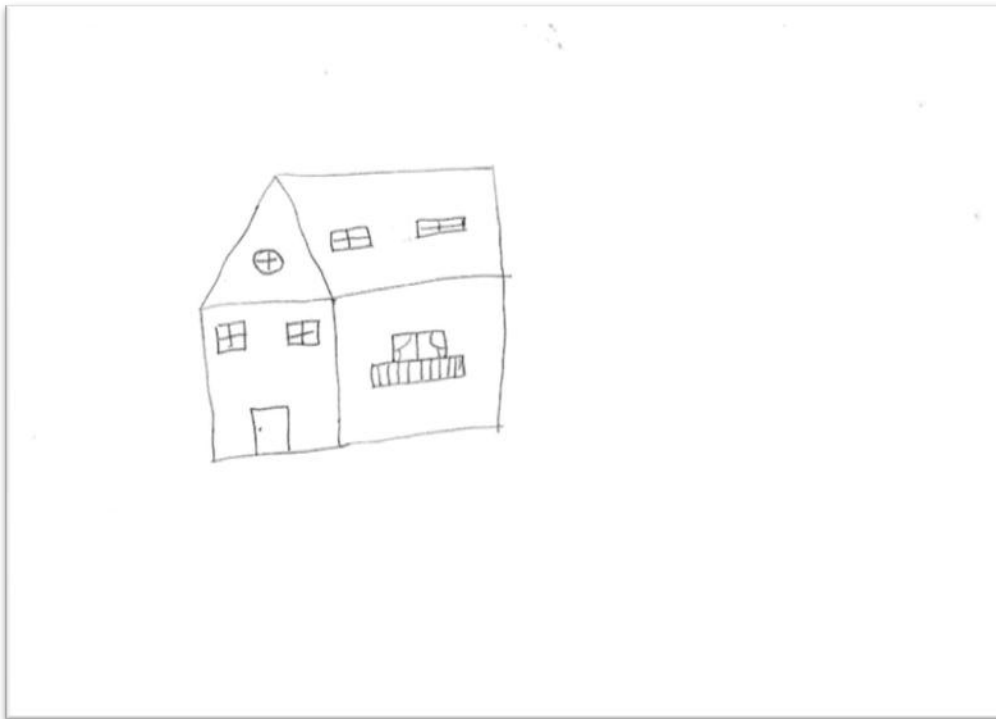


Figura 103: LA CASA (Dibujo inicial)

En este caso, si trazamos una línea vertical en el centro del espacio de representación, observamos que la casa está totalmente situada en la zona izquierda, que corresponde al pasado.

**El tejado**, referencia simbólica de la fantasía, ocupa un espacio considerable, y parece querer abrirse a la comunicación, con dos ventanas abuhardilladas, irregulares, simples y esquemáticas. Fracaso en la perspectiva.

**Las paredes**, líneas verticales simples, irregulares. Debilidad del Yo. (Campo, 1974).

**La puerta**, simple, cerrada, con el pomo a la izquierda. Aislamiento del medio ambiente.

**Las ventanas**, dos en la planta baja y un balcón en la fachada lateral, con cortinas descubiertas en los laterales. Las ventanas sin ningún detalle son signo de impulsividad.

**Perspectiva**, rudimentaria, fracasada en el tejado, problemas cognitivos.

**Línea de suelo y entorno**, carece totalmente de entorno. No existe la línea de suelo, indicando un deficiente posicionamiento en la realidad. Pobreza afectiva.

En conjunto, el primer dibujo de la casa expresa sencillez, simplicidad, en cierto modo inmadurez, como si el desarrollo de la personalidad se hubiera interrumpido en una época temprana y conservara cierto infantilismo. La colocación del dibujo en la mitad izquierda del papel, constante que se repite en los demás dibujos, puede ser indicativo de la inseguridad con que se está viviendo el presente y especialmente el temor al futuro. Tal vez, el único detalle que “humaniza” la casa, son las cortinas, plegadas en los laterales, del balcón. En cierto modo sorprende la aridez, el aislamiento, la falta de contacto con la realidad de un dibujo sin base, como suspendido en el espacio, que también es una constante en todos los demás dibujos.

***LA CASA (Dibujo final)***



Figura 104: LA CASA (Dibujo final)

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

El dibujo final de la casa, aunque pierde calidad, gana en soltura y decisión aumentando considerablemente la velocidad de ejecución del dibujo.

Permanecen constante el posicionamiento en la zona izquierda de la hoja (pasado) y la simplicidad de elementos: dos ventanas un balcón y una puerta. Pero hay pequeños cambios significativos: Las dos ventanas abuhardilladas del tejado –como un intento especial de comunicación con las figuras de autoridad- son sustituidas en el dibujo final por una chimenea con humo, aludiendo posiblemente al simbolismo del calor del hogar. Las cortinas están ahora en las dos ventanas de la fachada principal, mostrando posiblemente mayor flexibilidad en las relaciones sociales. Sorprende que se acentúe en fracaso en la perspectiva del lateral derecho de la casa, el correspondiente al futuro, como si el futuro estuviera “hipotecado” -posiblemente por la situación judicial- o no se sintiera con la libertad de expresarlo.

*EL ÁRBOL (Dibujo inicial)*

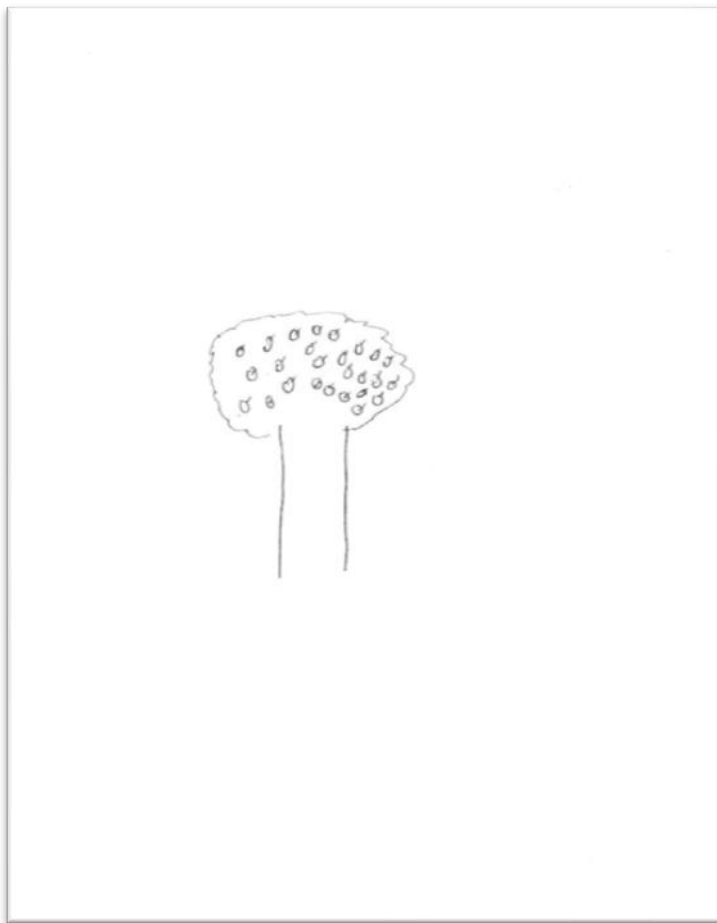


Figura 105: EL ÁRBOL (Dibujo inicial)

El dibujo inicial del árbol representa un manzano con fruta, sin base ni suelo, de una extrema simplicidad.

**La copa** está formada por una sola línea exterior quebrada y dentada, y en su interior 26 manzanas, colocadas de forma irregular. Demasiado pequeña respecto al tronco, indicando timidez.

**Los frutos**, en este caso las manzanas, de gran tamaño y abundantes en número pueden significar sociabilidad, deseo de agradar, constancia, trabajo, deseo de madurar.



**El tronco**, desproporcionadamente ancho, está formado por dos líneas rectas, paralelas y verticales, sin base de sustentación, sin suelo, y sin ninguna referencia contextual, al igual que la casa y los demás dibujos, aparece aislado y como suspendido en el espacio.

Si, en conjunto, el árbol puede representar los aspectos más inconscientes de la personalidad, (el ello) parece que muestra una imagen de solidez y abundancia, aunque desconectada de la realidad, sin encontrar una “tierra firme” en la que afianzar su seguridad.

***EL ÁRBOL (Dibujo final)***

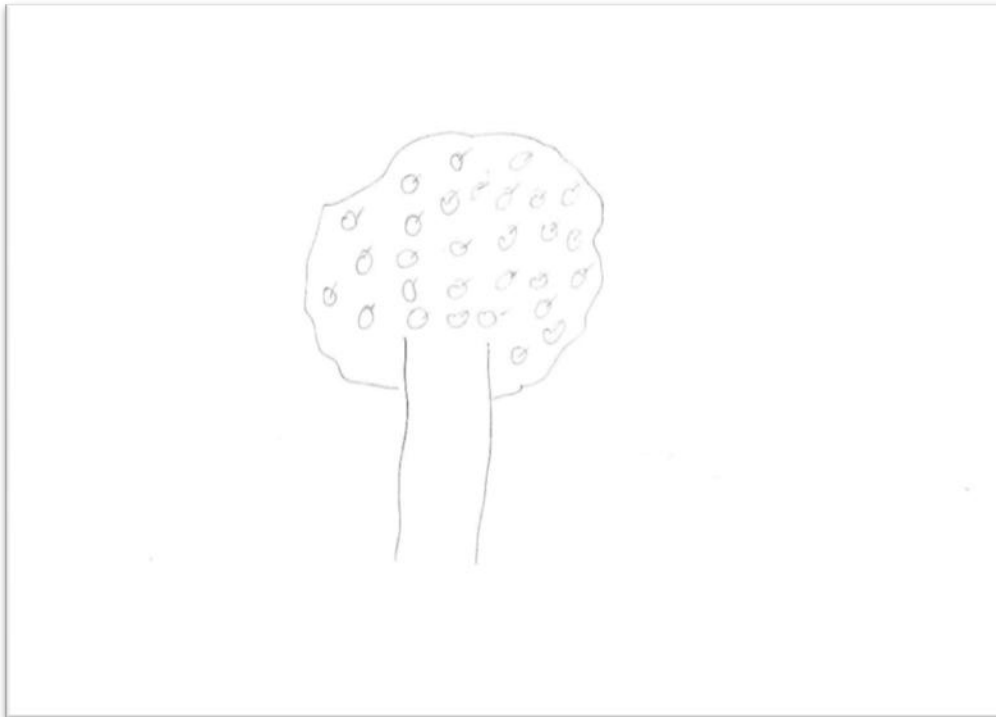


Figura 106: EL ÁRBOL (Dibujo final)

El dibujo final es muy similar al inicial. Apenas pueden apreciarse ligeras diferencias, por ejemplo, aunque el papel fue entregado en la posición normativa para el árbol (vertical) el dibujo lo realizó colocando el papel en posición horizontal, y lo mismo hizo con el segundo dibujo de la persona.

**La copa**, en este segundo dibujo del árbol, parece suavizarse, también está formada por una sola línea continua, ondulada y desaparecen los bordes “dentados”, sugiriendo que tal vez haya disminuido la agresividad y la impulsividad, porque sería coherente con otros resultados (v. EPA). Los trazos son ondulados indicando adaptabilidad, paciencia, comprensión, gusto por las actividades tranquilas, en oposición a la irregularidad de las formas dentadas de la copa inicial, que mostraban en cierto modo introversión, terquedad, tendencia a la polémica, impulsividad. También hay que observar que aumenta el número de manzanas, y con ellas la socialización y el deseo de agradar a otras personas.

**El tronco**, continúa siendo muy grueso, en el dibujo final, y puede ser síntoma de rasgos negativos relacionados con la exaltación del propio "Yo" (narcisismo, autoritarismo, agresividad, individualismo, terquedad, obstinación). Al igual que en el dibujo inicial, continúa siendo un bloque compacto, de una sola pieza rectangular, sin raíces ni ramas y puede relacionarse con la falta de sensibilidad, de empatía, inseguridad, infantilismo, funcionamiento primitivo. El tronco parece incrustarse en la copa, a diferencia del primer dibujo, sugiriendo una zona de intersección entre el Yo (tronco) y el Superyó (copa) y posiblemente una mayor permeabilidad del Yo a las normas sociales y mandatos del Superyó

**La ausencia de suelo**, que es frecuente en niños menores de 10 años, en el adulto puede ser indicativa de daño psicológico en la infancia y en todo caso, inseguridad y falta de contacto con la realidad.

#### ***LA PERSONA (Dibujo inicial)***

**El tema** elegido como dibujo inicial de persona es un niño, su hijo, como objeto de identificación, con una gran carga emocional. Representado por una figura de pequeño tamaño, indica inseguridad, retraimiento, inhibición y preocupación.

**La cabeza**, desproporcionadamente grande, casi un tercio del cuerpo, puede expresar el deseo de representar en el niño una inteligencia superdotada. La transparencia del pelo

sobre el círculo de la cabeza es un signo claro de problemas psicológicos como una muestra más de inseguridad, timidez, impulsividad y deseo de completar un esquema básico, añadiendo “postizos”.

**La cara** está insinuada dos puntos representando los ojos, un punto en la nariz, una línea curva en forma de sonrisa y las orejas, mostrándose por delante del pelo. Es la expresión risueña de un niño feliz, en el que vuelca toda su afectividad.

**Los brazos** son cortos, (tendencia al retraimiento) asimétricos, irregulares, es más largo el derecho que el izquierdo, indicando un cierto descuido, a pesar de la carga emocional.

**Las manos** apenas están insinuadas, son una prolongación de los brazos que termina en un bucle de semicírculos representando los dedos.

**El cuerpo** es delgado y muestra una fila vertical de botones, pero no los cortes correspondientes a la ropa en cuello y puños, indicando un cierto descuido.

**La cintura**, separa el cuerpo de las caderas con un cinturón. Parece que en el contexto del conjunto de pruebas, posiblemente no esté representando sólo una prenda de adorno.

**Las piernas** están ligeramente separadas y son pequeñas en relación al cuerpo.

**Los pies**, cubiertos por unos grandes zapatos están separados entre sí 180°, denotando de nuevo una simplificación derivada del descuido.

En conjunto la figura representada, a pesar de las deficiencias formales en la ejecución del dibujo, representa la figura infantil de su hijo, alegre y sonriente, cargado de significación emocional.



Figura 107: LA PERSONA (Dibujo inicial)

***LA PERSONA (Dibujo final)***

**El tema:** La madre. Posiblemente constituye el mayor cambio en el conjunto de los tres dibujos, por su valor simbólico, y por sustituir a la figura de su hijo.

En diferentes apartados examinamos la evolución de la relación con la madre, como núcleo básico de conflictividad y el recorrido articulado en diferentes fases hasta su resolución. Por tanto, nos limitamos aquí a constatar el “logro” que supone, desde el

punto de vista del avance en la psicoterapia la aceptación de la figura de la madre, y nos ceñimos al análisis de los principales aspectos formales desde el enfoque proyectivo.

**La figura:** Aunque es más grande que el dibujo del niño, sigue siendo proporcionalmente pequeña y está dibujada en la hoja de forma apaisada. Representa una señora de mediana edad, con una media sonrisa, cortada en las comisuras de los labios por un rictus de seriedad.

**La cabeza:** Grande en relación al cuerpo, de forma redonda y plana, muestra transparencias en el pelo, superpuesto en bucles sobre el rostro y la frente.

**La cara:** Presenta un nivel de detalle ligeramente mayor que en el dibujo anterior. Los ojos son pequeños círculos y no puntos, muestra cejas, y la nariz tiene forma de flecha.

**Los brazos** son cortos, (tendencia al retraimiento) asimétricos, irregulares, es más largo el derecho que el izquierdo, indicando un cierto descuido, y repitiendo el esquema del dibujo anterior.

**Las manos** apenas están insinuadas, son una prolongación de los brazos que termina en un bucle de semicírculos representando los dedos, están separadas de los brazos por el corte de la ropa. La mano derecha tiene más perfilados los dedos que la izquierda.

**El cuerpo:** Muestra un tronco delgado y largo, con los hombros mucho más estrechos que las caderas y una doble línea de separación, a modo de collar, en la parte superior del tronco. También aparecen perfiladas las líneas de corte de las mangas en las muñecas.

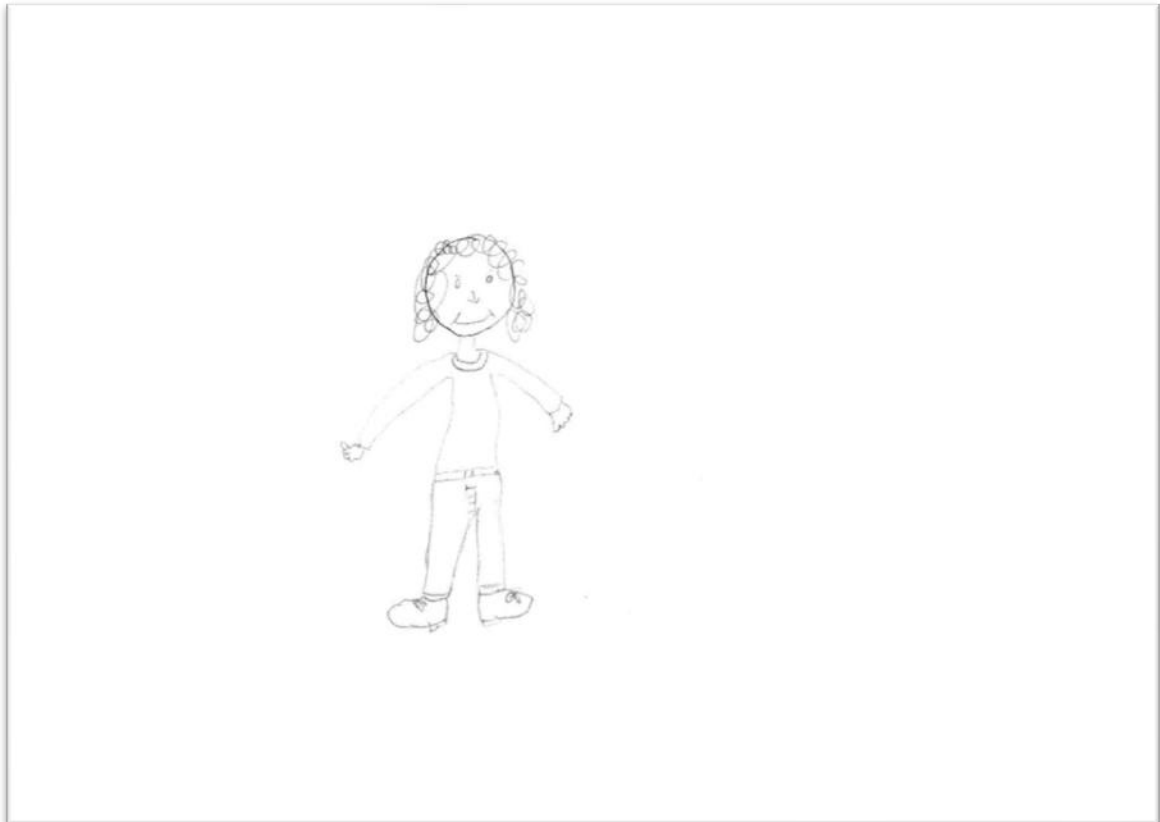


Figura 108: LA PERSONA (Dibujo final)

**La cintura**, separa el cuerpo de las caderas con un cinturón, proporcionalmente más pequeño que el del hijo.

**Las piernas** están ligeramente separadas y son pequeñas en relación al cuerpo, cubiertas por un pantalón, con las líneas de separación correspondientes a la pierna del pantalón y los zapatos.

**Los pies**, también cubiertos por unos grandes zapatos están separados entre sí 180°, denotando de nuevo una simplificación derivada del descuido.

En conjunto, podemos decir que se aprecia un mayor nivel de detalle y posiblemente un mayor interés en la ejecución de este dibujo final, que simbólicamente representa *la reconciliación*.

**Resumen del análisis comparativo entre los dibujos iniciales y finales.**

En general, puede observarse que a pesar de la constancia en la formulación general de la expresividad de los dibujos y de los fracasos cognitivos, se experimenta una considerable diferencia positiva en los niveles emocionales –disminuyendo la agresividad y la impulsividad- en el nivel práctico –mejorando la calidad y cantidad de los detalles y en el nivel existencial, aceptando de nuevo su pertenencia al grupo familiar, a través de su reconciliación simbólica con la madre.

#### **19.2.5. ISMOSS- ÍNDICES DE SALUD MENTAL ORTIZ, SEDANO & DE SANTIAGO (2013) R.**

El cuestionario iSMOSS – Índices de Salud Mental Ortiz, Sedano & De Santiago (2013) Revisado, sirve para evaluar 5 índices de salud, desde el psicoanálisis de base antropológica:

A: Emocional, B: Práctico, C: Cenestésico, D: Existencial. E: Índice general.

No mide rasgos psicopatológicos, sino que sirve para identificar los núcleos de conflictividad y el potencial de desarrollo de la personalidad.

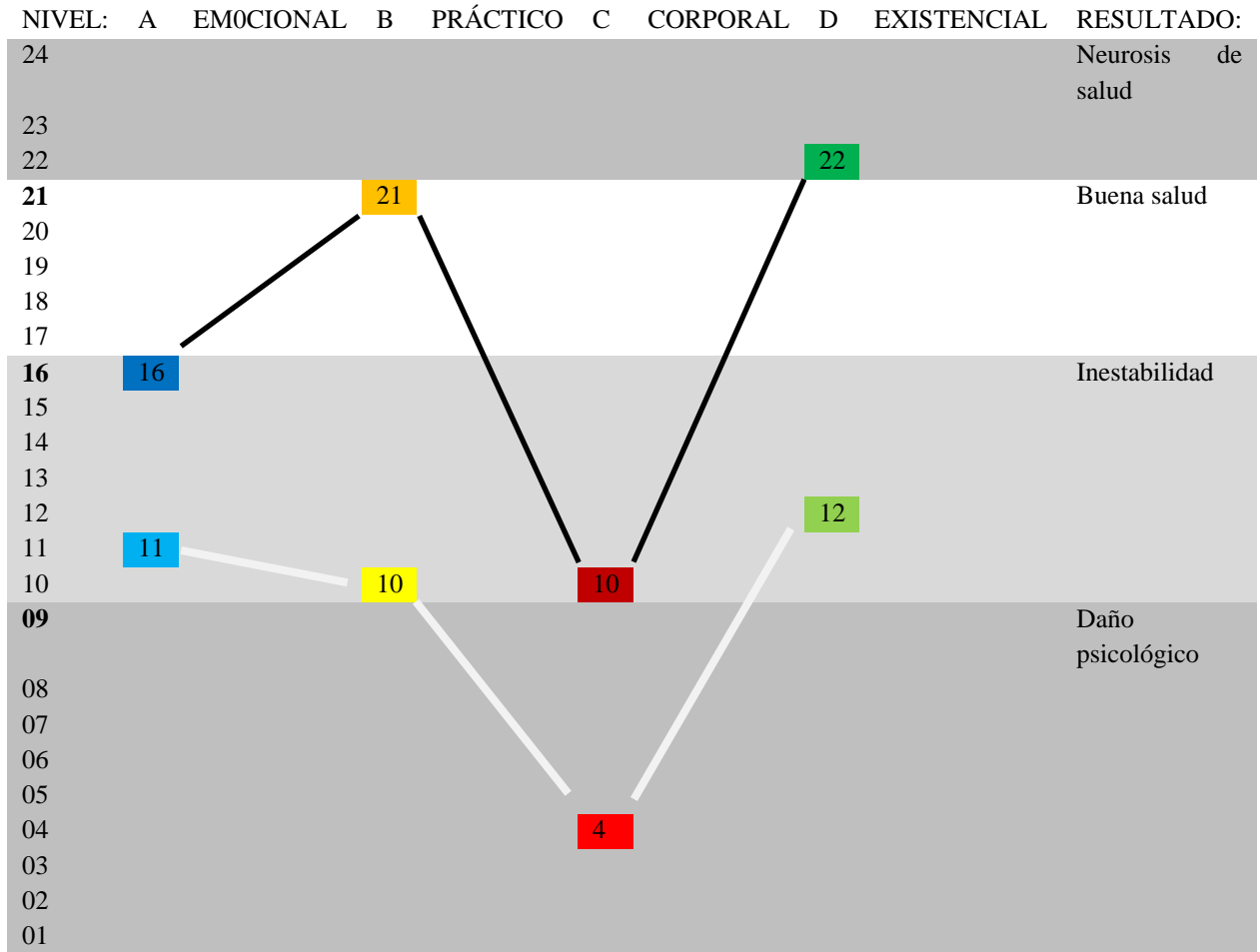
Para Cencillo, la *salud psíquica* es una realidad humana densa en parámetros y compleja en sus procesos que se concreta en los 5 niveles que hemos citado anteriormente y comprende tres dimensiones simultáneas:

- 1) Integración de los componentes de personalidad
- 2) Movilización de impulsos coordinados
- 3) Canalización de energías hacia la realidad

**Gráfica de los índices de salud mental, antes y después del tratamiento:**

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

Tabla 22. Resultados de los Índices de Salud Mental - íSMOSS Caso E-♀ Patología Dual, antes (línea blanca) y después del tratamiento (línea negra).



Índice Total = Suma de las puntuaciones de los 4 niveles: A+B+C+D

Tabla 23. Resultados de los Índices de Salud Mental - íSMOSS

	1-Daño Psi-36	37-Inestabilidad-64	65-Buena salud-88	89-Índice sobrepasado-96
Antes		37		
Después			69	



***Descripción de los índices de salud mental.***

A.- ÍNDICE EMOCIONAL: Empatía, alegría, tranquilidad, facilidad para establecer relaciones afectivas, capacidad para establecer y mantener compromisos, predominio de los sentimientos positivos sobre los negativos, relaciones afectivas de amor, enamoramiento y amistad, capacidad de asumir riesgos.

Puede observarse que aunque el índice emocional ha evolucionado positivamente en 5 puntos, desde 11 –próximo al daño psicológico- a 16, en el punto de corte de la zona saludable, parece que persiste una cierta inestabilidad. Es el índice que menos ha variado después del tratamiento, pero lo más probable es que continúe evolucionando favorablemente al superar la fase internamiento en la comunidad terapéutica.

B.- ÍNDICE PRÁCTICO: Control del tiempo y de los recursos personales, canalización de la energía en proyectos realizables, atención y concentración en las tareas, autoeficacia, decisiones en función de las circunstancias objetivas de la realidad, capacidad de controlar y resolver situaciones difíciles, puntualidad y orden.

Parece lógico que sea el índice que más ha variado, de 10 a 21 puntos, con una evolución positiva de 11 puntos, si tenemos en cuenta total descontrol de tiempo y los recursos personales, relatado en las sesiones, y el volcado total de su energía única y exclusivamente en obtener droga, antes del tratamiento. Durante los meses de tratamiento y gracias al programa aplicado por la comunidad terapéutica, ha conseguido sentirse útil, resolver situaciones difíciles y adquirir hábitos de puntualidad y orden.

C.- ÍNDICE CORPORAL: Capacidad de disfrutar de la sexualidad, dormir con sueño profundo y reparador, sensaciones de plenitud y bienestar, despertarse con ganas de comenzar un nuevo día, relaciones eróticas gratificantes, alimentación adecuada, ejercicio físico, ausencia de somatizaciones (digestivas, respiratorias, cutáneas...) potencia sexual y capacidad de orgasmo.

La paciente ha realizado un considerable esfuerzo, especialmente en cuanto a la aceptación de su propio cuerpo, pasando de una puntuación de 4 –grave daño psicológico en el índice corporal- a 10, que es la zona más baja de la inestabilidad.

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

D.- **ÍNDICE EXISTENCIAL:** Aceptación de sí mismo y de los cambios que se producen en la trayectoria vital, seguridad moderada y auto-identidad, aceptación de las limitaciones sin necesidad de aparentar más de lo que se es, tener en cuenta los intereses de los demás al tomar decisiones, vestirse con sencillez, construir con paciencia los medios para alcanzar los objetivos.

Tomar conciencia de su situación existencial, tener la esperanza de poder volver a ocuparse de la educación de su hijo y recuperar de nuevo el cariño de su madre, pueden ser los factores clave para mostrar un claro entusiasmo en las últimas sesiones, que coincidían también con el final de periodo de comunidad. No es de extrañar que el índice más elevado al comenzar el tratamiento (12) sea también el más elevado al finalizar (22).

E.- **ÍNDICE GENERAL:** Es la resultante de los 4 índices anteriores.

En conjunto ha evolucionado de un  $iG=37$  (inestabilidad) a  $iG=69$  (buena salud).

Al analizar en conjunto los diferentes instrumentos de evaluación y considerando que todos los instrumentos pueden ser valiosos y complementarios, parece que el iSMOSS es el que puede reflejar de forma más precisa los cambios que se han producido después –y no necesariamente como consecuencia- del proceso de psicoterapia.

Resumimos el conjunto de datos que se exponen en este capítulo:

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

19.3 COMPARACIÓN DE RESULTADOS ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO.

Tabla 24. Comparación de resultados antes y después del tratamiento de Elisa.

INSTRUMENTO	VARIABLES	P. INICIAL	P. FINAL	P.CORTE	Significado
Cuestionario FUNDIPP	Esquemas mentales	35	30	18	↓-inestabilidad
	Dilemas	37	29	24	↓-inestabilidad
	Relaciones	68	58	39	↓-inestabilidad
	Disculpas	25	22	15	↓-inestabilidad
	Estados mentales Inestables	39	30	21	↓-inestabilidad
Cuestionario-EPA	Crítica	13	9	11	↓- crítica
	Bondad	14	10	13	↑- bondad
	Equilibrio	7	9	15	↑- equilibrio
	Libertad	5	7	13	↑- libertad
	Sumisión	11	10	11	↓- sumisión
RORSCHACH	Nº Respuestas	22	28		↑- riqueza asociativa.
	Sucesión	No	Relajada		↑- orden
	Tipo vivencial	Coartativo	Introversivo	3/0	↓-impulsividad
	Coef Afectividad	2,4-Hiper sensibilidad	1,5 Media	1,5	↓-agresividad
	Estim. Afectiva	36,36% Hipersensib	28,50 %	Media 30%	↓-impulsividad
	Índice Realidad Morgenthaler	Hipoplast-4 VIII- <i>Afectividad</i>	Normal-6 IX- <i>Sublimación</i>	6-7 Lámina rechazada	↑-realidad ↑-aceptación de la complejidad.
	iSMOSS	Emocional	11	16	17
Práctico		10	21	17	↑-s. práctica
Corporal		4	10	17	↑-s. corporal
Existencial		12	22	17	↑-s.existencial
General		37	69	65	↑-salud general

## 20. CONCLUSIONES Y NUEVAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.

En las páginas siguientes se exponen las conclusiones teóricas, técnicas y clínicas, que se derivan del diseño experimental de caso único expuesto en esta tesis, reservando un apartado final dedicado a las nuevas líneas de investigación, pensando en primer lugar, qué tipo de investigación sería útil para realizar un análisis cualitativo más sencillo y preciso de los contenidos de las sesiones de psicoterapia psicoanalítica; pero también pensando en los temas que puedan resultar atractivos para los psicoanalistas en formación, que actualmente se plantean realizar su tesis doctoral.

Resumiendo en un solo anagrama la originalidad de esta tesis, podría ser iDS, índices dinámicos de salud, que resultan de la aplicación dinámica al análisis del discurso del constructo teórico de salud mental, ampliamente validado en el iSMOSS, índices de salud mental Ortiz, Sedano & de Santiago.

Los iDS son parámetros que resultan de valorar convencionalmente las *cadena semánticas* (Cencillo, 1988) de cada una de las secuencias, pertenecientes a los campos de significación que aparecen en la sesión de psicoanálisis, que se considera la unidad hermenéutica fundamental.

Por tratarse de una metodología novedosa, que se prueba por primera vez en esta tesis, es casi seguro que tendrá que mejorar considerablemente, para que pueda ser de utilidad a otros investigadores. En este sentido, es necesario recordar que la epistemología que conviene al psicoanálisis es precisamente la hermenéutica analógica, tratando de explicar por aproximación, pero de manera suficiente, aquellos procesos inconscientes que afloran en el lenguaje, como correlato, al menos en parte consciente, pero con una significación desbordante, que va más allá de la intencionalidad del hablante, especialmente en la pretensión de ocultar su intimidad.

Acceder a la intimidad, -aunque sea utilizando la pobre metáfora de los números- a través de las *cadena semánticas* (Cencillo, 1988), que constituyen la esencia del lenguaje, agrupadas en campos de significación, puede ser de cierta utilidad, en el

contexto del psicoanálisis como recurso con una triple vertiente: teoría, clínica y técnica.

## 20.1 CONCLUSIONES DEL MARCO TEÓRICO

### El método del Dr. Freud aplicado a la patología dual

En esta tesis exponemos y tratamos de mostrar, que no demostrar, que el método psicoanalítico original de Freud, sigue plenamente vigente, no está *pasado de moda* ni ha sido modificado en su esencia, refiriéndonos a las dos reglas fundamentales: la libre asociación y la regla de la abstinencia; y a los cuatro factores terapéuticos: 1.- Regresión, 2.- Transferencia 3.- Interpretación y 4.- Elaboración. De este conjunto de reglas y factores se deducen seis características diferenciales del psicoanálisis, que pueden expresarse en forma de antinomias (F. Villamarzo, 1987) y se corresponden con los elementos del método, según el siguiente esquema:

1 El psicoanálisis es un método **no directivo** vs directivo, basado en **la libre asociación**, que consiste en decir todo lo que pasa por la mente, sin censura.

2 Es **frustrante** vs gratificante, y esta característica diferencia el psicoanálisis de todas las demás terapias: La *satisfacción prematura* produce un alivio momentáneo y engañoso que impide al paciente descubrir sus *espejismos imaginarios* y *ficciones simbólicas*. Impide el adecuado análisis de las demandas insatisfechas subyacentes a los síntomas.

3 Es **etiológico** vs sintomático: Etiológico porque busca las causas, adentrándose en el origen del malestar mental, tratando de descifrar el enigma, después de conocer los códigos específicos con los que cifra su discurso cada paciente, leyendo en el síntoma aquello que no ha podido hacerse palabras.

4 **Cura por la palabra** vs acción: La palabra cura porque articula en torno a sí una constelación de símbolos, significantes y efectividades prácticas, que movilizan y transforman la intimidad del paciente que se expresa o calla, vaciándose en la situación de la sesión, por el influjo transferencial.

5 **Monólogo** vs diálogo: El psicoanálisis no es un diálogo. Es monólogo del paciente. La función del terapeuta es ocultarse en el silencio, salir del ángulo de la visión y del ángulo del pensamiento del paciente, para que pueda aproximarse al reborde negativo de lo no decible, inconsciente.

6 **Larga duración** vs breve: Reconstruir el pasado mediante la resemantización, contrastar la efectividad de la praxis en el presente y proyectar un futuro éticamente orientado, desde las claves y referentes del paciente, no puede improvisarse. La elaboración requiere un tiempo cualitativamente determinado por la maduración personal. El psicoanálisis de una persona requiere normalmente varios años, para que puedan surgir los remanentes del pasado, en el presente, y que estos, puedan ser interpretados descubriendo la verdad de los motivos inconscientes. En este caso, con unas 150 horas de tratamiento, sumando las sesiones individuales, grupales y virtuales, podemos considerar que se ha aplicado una psicoterapia psicoanalítica amplia, más próxima a la cura psicoanalítica que a una psicoterapia dinámica o focal, puesto que se han trabajado todos los focos y se ha pretendido un cambio estructural.

Estos son los pilares fundamentales de un método que en esencia no ha cambiado y como tal se ha aplicado, con cierto éxito, a diferentes casos de patología dual, exponiendo en esta tesis un caso clínico en extensión y profundidad.

### **El psicoanálisis de base antropológica**

El psicoanálisis de base antropológica trata de resumir y aplicar las aportaciones más significativas de los principales psicoanalistas de los s XX y XXI, desde una antropología de la intimidad.

Desde la experiencia más constante y universal de las sociedades, en todas las culturas y civilizaciones, el ser humano aparece como **un viviente auto-posesivo y ensimismado**, con capacidad de comprensión, enfoque, valoración y opción, para actuar en el logro de lo que aun no es, generando nuevas posibilidades, en una superación incesantemente dialéctica de todo lo logrado.

“Psicoanálisis de base antropológica” es la denominación finalmente adoptada por el Instituto Psicoanalítico de Salamanca para referirnos al legado intelectual del profesor Luis Cencillo. El núcleo de sistema está constituido por un esquema referencial, conceptual y operativo que consta de axiomas, principios teóricos, dinámico-estructurales y comunicacionales, recursos del sistema, registros ejecutivos y estrategias activadoras, que se han expuesto con cierto detalle en el capítulo 3 de esta tesis, además de una amplia referencia al concepto de transferencia, atendiendo a *los efectos transferenciales* y una especial consideración de *los sueños como factor terapéutico*.

### **Hermenéutica analógica**

La hermenéutica es el viejo arte y la nueva ciencia de la interpretación de textos, entendiendo por interpretación la comprensión en profundidad y por “texto”, el

fragmento de discurso hiperfrásico, -de más de una frase-, que va más allá de la palabra y el enunciado.

La analogía fue introducida en el pensamiento occidental por los pitagóricos (S. VII a.C.) como proporción, para resolver no con exactitud, pero sí *de manera suficiente* los problemas con los números irracionales. Desde entonces, Platón, Aristóteles y muy especialmente Sto. Tomás de Aquino utilizaron extensamente la analogía.

La analogía es el camino del medio entre lo unívoco y lo equívoco. Lo unívoco es un modo de significar lo totalmente idéntico, lo claro y lo distinto. Equívoco es el modo de significar lo diferente, lo obscuro y lo confuso. Lo analógico participa simultáneamente de la identidad relativa y de la diferencia relativa, sujeto a algún modo de semejanza, aunque predominen las diferencias.

La hermenéutica analógica es la epistemología *–modo de conocer–* que conviene al psicoanálisis de base antropológica para acceder a lo inconsciente, entendiendo aquí por **inconsciente** la vida psíquica menos controlable, ignorada por el sujeto, no susceptible de exploración directa sino por una hermenéutica psicoanalítica, capaz de descifrar lo simbólico y lo imaginario, en relación con los impulsos, fantasmas y mecanismos de defensa.

¿Por qué es indispensable la hermenéutica en el psicoanálisis?

- Cencillo: *“El centro de gravedad de la especie humana no está en sus ritmos biológicos, sino en las síntesis significacionales que construye.”*



- Ricoeur: *“La reconstrucción del fondo epistemológico que realiza Mauricio Beuchot, libera la discusión sobre el psicoanálisis de las ideas quiméricas de aquellos que pretenden que imite a toda costa a las ciencias duras, apartándolo, esperemos que definitivamente, del rigorismo verificacionista”.*

- Mauricio Beuchot: *“La hermenéutica analógica no es sólo una propuesta metodológica, sino un modelo teórico y epistemológico. Es la epistemología que conviene al psicoanálisis, en la búsqueda del “significado analógico”, que es el que tiene un término cuando designa varias cosas, de manera en parte igual y en parte diferente, pero predominando la diferencia.”*

#### ***Cadenas semánticas (Cencillo, 1988) y campos de significación***

La conducta humana se caracteriza, ante todo y sobre todo, por **“significar”** orientarse por significados, producir objetos, acciones o ficciones que signifiquen y para que signifiquen: El primero y más característico de los objetos culturales es el discurso hablado o “acto de habla”. (Heidegger, 1987): *“Hablar es expresar (...) Presupone un interior que se exterioriza.”*

Podemos entender la significación como inclusión de un conjunto estimular (cosa, hecho o contenido vivencial) en un conjunto sistémico o encuadre paradigmático de ***cadenas semánticas (Cencillo, 1988)***, en un doble proceso de inversión: semiótica y semántica:

-La inversión semiótica conecta un significante con la cadena significante.

TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

---

-La inversión semántica genera un nuevo significado por el que el hecho o la cosa adquieren una nueva identidad en cuanto “significan”.

La *significación* es todo el proceso, el *significado* es sólo el resultado final. Es el resultado de una vinculación sistémica de un significante o una realidad concreta, con los demás significantes de la cadena de significación:

-La *referencia* es la relación de los significantes con un proceso real.

-La *designación* es cada uno de los momentos particulares de la relación referencial.

-La *denotación* es la relación intra\_sistémica de diversos significados.

-La *connotación* es la relación inter\_sistémica de diferentes áreas de significación.

-La *verdad*, en relación con la significación, “*es la captación subjetal, en forma de relación lógica predicativa, de una trama de relaciones referenciales que, a través de los significados debidamente referidos, resulta de una experiencia o de una sistematización teórica*”. (Cencillo, 1988, I: 98)

En relación con la salud mental, nos referimos a un esquema básico de cuatro **campos de significación**: emocional, práctico, corporal y existencial; ampliamente descritos y contrastados en la escala iSMOSS –Índices de Salud Mental Ortiz, Sedano & de Santiago.

La novedad de esta tesis consiste en establecer un sistema convencional de valoración de las *cadena semánticas* (Cencillo, 1988) del discurso espontáneo del paciente, en relación con estos campos de significación, para obtener unos iDS –índices dinámicos de salud- que permitirán realizar un seguimiento gráfico de las vicisitudes del “texto” de

cada sesión, como unidad hermenéutica fundamental, de cada fase del proceso y del tratamiento en su conjunto.

### **Los índices dinámicos de salud (iDS)**

Los iDS, son parámetros que resultan de valorar convencionalmente cada cadena semántica en relación con un determinado campo de significación.

La valoración de los índices se realiza en torno a un eje cero, que queda reservado exclusivamente para las cadenas más aparentemente neutrales y para la duda manifiesta: “no sé”.

A la izquierda del cero (0) dos puntuaciones negativas (-2) para lo más negativo, lo más alejado de un criterio de salud, y (-1) para las valoraciones negativas. Hay que destacar que las puntuaciones se acumulan después en casilleros independientes, porque no significa, en principio, que las valoraciones muy negativas valgan el doble que las negativas, sino que generan índices dinámicos de salud diferentes inicialmente, aunque después puedan acumularse en un total de puntuaciones correspondientes a cada campo. Lo mismo sucede con las puntuaciones positivas (1) y muy positivas (2) advirtiendo que en caso de duda, es preferible optar inicialmente por las puntuaciones (-1) o (+1), reservando las puntuaciones extremas (-2) y (2) para los casos más claros, porque así, podrá discriminarse más fácilmente, a través de las *cumbres* –las puntuaciones más altas- y los *valles* –las puntuaciones más bajas de una serie de iDS, donde se encuentran localizados los núcleos de conflictividad correspondientes a cada campo de significación y cómo evolucionan en el transcurso de las sesiones.

## 20.2 CONCLUSIONES DEL MARCO METODOLÓGICO

### **El tratamiento psicoanalítico de la patología dual en la comunidad terapéutica.**

Excluir de entrada el tratamiento psicoanalítico de las comunidades terapéuticas sería dramáticamente empobrecedor, para unas instituciones que a pesar de su incuestionable eficacia, en el tratamiento de las adicciones, por ejemplo, podrían mejorar considerablemente aplicando tratamientos psicoanalíticos a los casos más difíciles y muy especialmente a los casos de patología dual. En mi experiencia, y con certeza, gracias a la especial delicadeza y amabilidad de los terapeutas de Proyecto Hombre Salamanca, no sólo no ha habido ningún conflicto por la implantación del nuevo tratamiento, sino que ha sido acogido con interés y expectación.

Posiblemente también, gracias al especial interés de los pacientes y por su adhesión al tratamiento, en general era percibido como beneficioso para la comunidad.

El hecho de que una psicóloga doctoranda, con una amplia experiencia en grupos y perteneciente al equipo terapéutico aceptara ser también la terapeuta de las sesiones de psicoanálisis grupal y psicodrama ayudó a integrar el tratamiento en las actividades de la Comunidad Terapéutica.

En resumen, y en vista de los resultados obtenidos, parece razonable considerar que el psicoanálisis puede ser también una alternativa complementaria para determinados pacientes institucionalizados y concretamente para los diagnosticados como personas con “patología dual”.

**Técnica mixta de sesiones individuales presenciales y virtuales, sesiones de psicoanálisis grupal y psicodrama.**

Aunque en esta tesis hemos analizado preferentemente y casi exclusivamente el texto de las sesiones individuales de un solo paciente, es necesario contextualizarlo en un grupo de 8 pacientes, que constituyen la unidad de patología dual, como un grupo independiente de otras adicciones o patologías. Además de las sesiones presenciales, todos los pacientes podían escribir durante la semana, a determinadas horas, asignadas por la comunidad, sus sesiones virtuales.

Inicialmente se asignó un ordenador, para que pudieran guardar en un dispositivo de memoria externa las sesiones escritas, después se comprobó que se originaban tensiones y diferencias entre los que sabían manejar el ordenador y los que necesitabas ayuda. Finalmente se decidió que las sesiones virtuales se entregaran como cartas manuscritas, y en este caso, ni la cantidad ni la calidad de los materiales producidos son especialmente significativas.

Aun así, es preciso destacar el valor de la carta, como objeto transicional en el que depositar estados de ánimo, afectos, recuerdos y sentimientos con preferencia sobre otros materiales, como fantasías, deseos, sueños o proyectos. Especialmente en el caso de la paciente E.

Las sesiones de psicoanálisis grupal y psicodrama, se realizaban una vez por semana y constaban de dos partes, la primera de psicoanálisis grupal y la segunda de psicodrama. La terapeuta resumía al final de cada sesión los contenidos más significativos y un

resumen de todas las referencias relativas a la paciente E, se adjuntan como Anexo-3: Grupal y Psicodrama.

En cuanto a las sesiones individuales, es todos los casos se utilizó el diván, también como técnica de diferenciación del psicoanálisis respecto a todo el *coctel* de psicoterapias al que los pacientes se ven sometidos en esta y en otras instituciones. Lo esencial del psicoanálisis no es el diván, aunque es un recurso técnico valioso, que en este caso ha sido muy bien aceptado.

**Técnica de identificación de campos de significación y valoración de cadenas semánticas (Cencillo, 1988).**

Nos referimos ahora a esa técnica artesanal de separar palabras encadenadas con un significado especial para el paciente, y esa capacidad de adaptar nuestro oído a su forma de decir, para ponernos en su lugar y tratar de ser una consciencia suplementaria sobre su inconsciencia en el decir, que nos permita valorar con algún grado de acierto, pero sin certeza total, lo que está queriendo decir y qué valor tiene lo que dice. La primera tarea de aproximación al texto de la sesión consiste en separar el texto del paciente del texto del terapeuta, y en algunos casos, es conveniente contar el número de palabras que dice cada uno, que de forma ideal podría ser 80-90% para el paciente, 10-20% para el terapeuta.

En segundo lugar, se desecha el texto del terapeuta, que excepcionalmente puede añadirse al final de la sesión, para codificar el tipo de intervenciones, pero de forma completamente anecdótica, en esta tesis, y se pasa al análisis de los campos de

significación, asignando un color para cada campo. Después se procede a la separación de las *cadena semánticas* (Cencillo, 1988), frases cortas de dos o más palabras, que constituyen unidades de significación. Se valoran convencionalmente en cinco categorías: (-2) (-1) (0) (1) (2). Una vez valorados se agrupan sumando cada una de las cinco categorías que pertenecen a la misma secuencia, de un determinado campo de significación. La secuencia puede estar formada por una sola secuencia o por casi veinte cadenas consecutivas, pertenecientes al mismo campo de significación, pero no es frecuente, lo normal es que cada secuencia tenga menos de 10 cadenas. La suma de los valores de cada una de las cinco categorías de valoración que corresponden a una secuencia de campo, se denomina iDS, índice dinámico de salud.

#### **La identificación de núcleos de conflictividad a través de los iDS.**

La aplicación más directa de los iDS es la identificación de los núcleos de conflictividad, al observar en las representaciones gráficas de las cadenas los valles, que corresponden a las puntuaciones más negativas, en contraste con las cumbres de las más positivas. Tomando como ejemplo los campos de significación de la primera sesión, obtenemos los siguientes núcleos, a través de los iDS y su representación gráfica de *cadena semánticas* (Cencillo, 1988) y campos de significación:

-Campo **emocional** (*tres núcleos*) -12 cadenas 4 a 10 (Agresión, drogas desde los 13 años, violación) -10 cadenas 19 a 24 (“*marcada por el maltrato*” “*con casi todas las parejas he acabado a palos*”) -14 cadenas (“*se chutaba*” (*pareja*) “*le encontré con una pica colgando y lo eché de casa*” Agresiones mutuas con todas las parejas.

TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

---

- Campo **práctico** -8 (“robé en tres hospitales, me pillaron”, “condena en la cárcel”)
  
- Campo **corporal** (*dos núcleos*) -12 cadenas 13 a 18: (múltiples intentos de suicidio, ingresos en psiquiatría) -10 cadenas (“la cocaína me ha destrozado la vida” “Estoy aquí porque vengo de la cárcel, no porque quiera dejar la droga” “La cocaína me puede”)
  
- Campo **existencial** -10 cadenas 59 a 63: (robar, engañar, intentos de suicidio –tonterías con las pastillas- ingreso en psiquiatría).

Aunque en la representación grafica, se superponen los diferentes campos de significación, para hacer abstracción del tiempo, tal como ocurre en la vida inconsciente, de modo que sólo se aprecian las variaciones secuenciales de un determinado campo en conjunto, por ejemplo, en este caso el campo emocional evoluciona de muy negativo a casi positivo, pero superponiéndose con la evolución de los demás campos.

Comparamos ahora los **campos de significación** de la primera y la última sesión:



TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

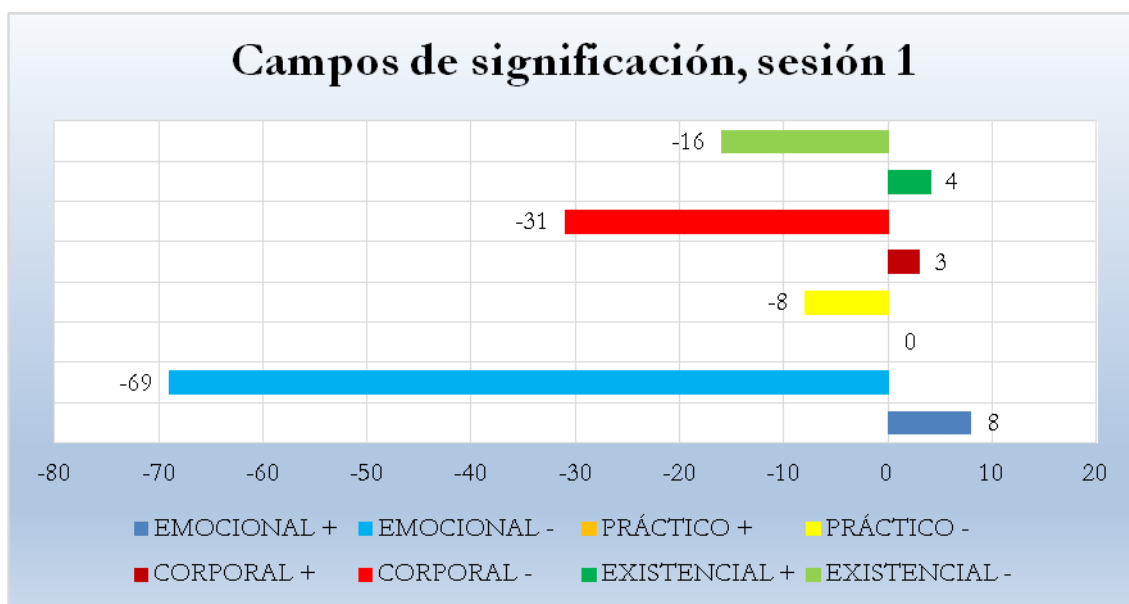


Figura 109: (R) Campos de significación , sesión 1

El discurso espontáneo de Elisa ha cambiado de signo en todos los campos.

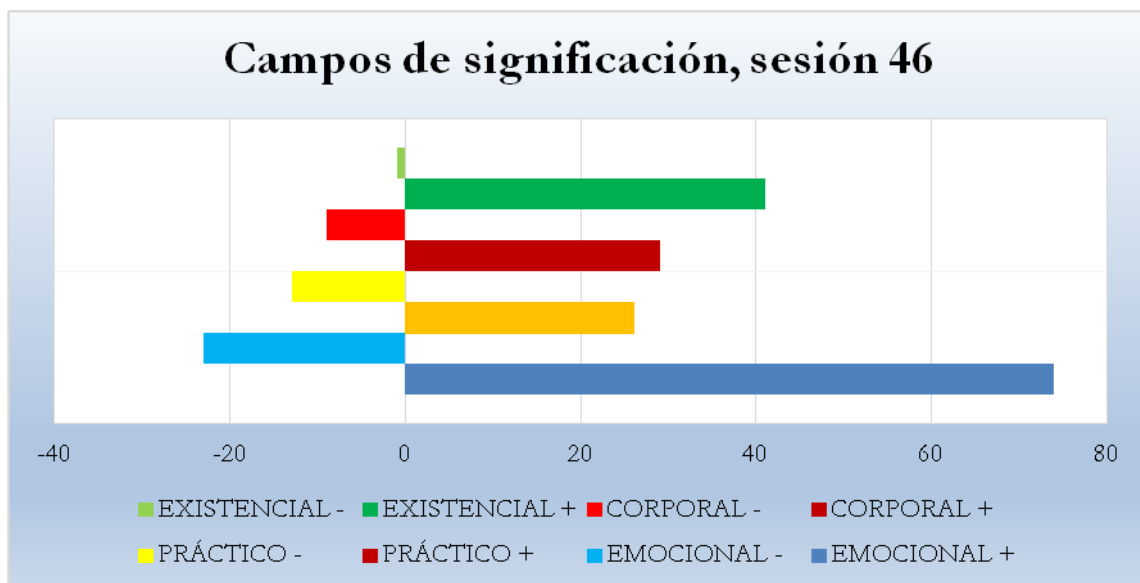


Figura 110: (R) Campos de significación, sesión 46

La salud psicológica puede resumirse en el sentimiento de estar bien.

**Observación de la evolución de las fases del proceso a través de los iDS.**

Las fases del tratamiento son aproximaciones teóricas a la consecución progresiva de objetivos parciales, que tienen una duración variable y no se producen de forma lineal, sino que frecuentemente se solapan, son recurrentes, se superponen o apenas pueden identificarse como tales, pero aun así, y por aparecer de forma sistemática en la mayoría de los procesos, sirven como hoja de ruta de carácter didáctico, para que los psicoanalistas en formación –siempre se está en formación- puedan apreciar las marcadas o sutiles diferencias que se producen en los avances o retrocesos de cada caso, en la psicoterapia psicoanalítica.

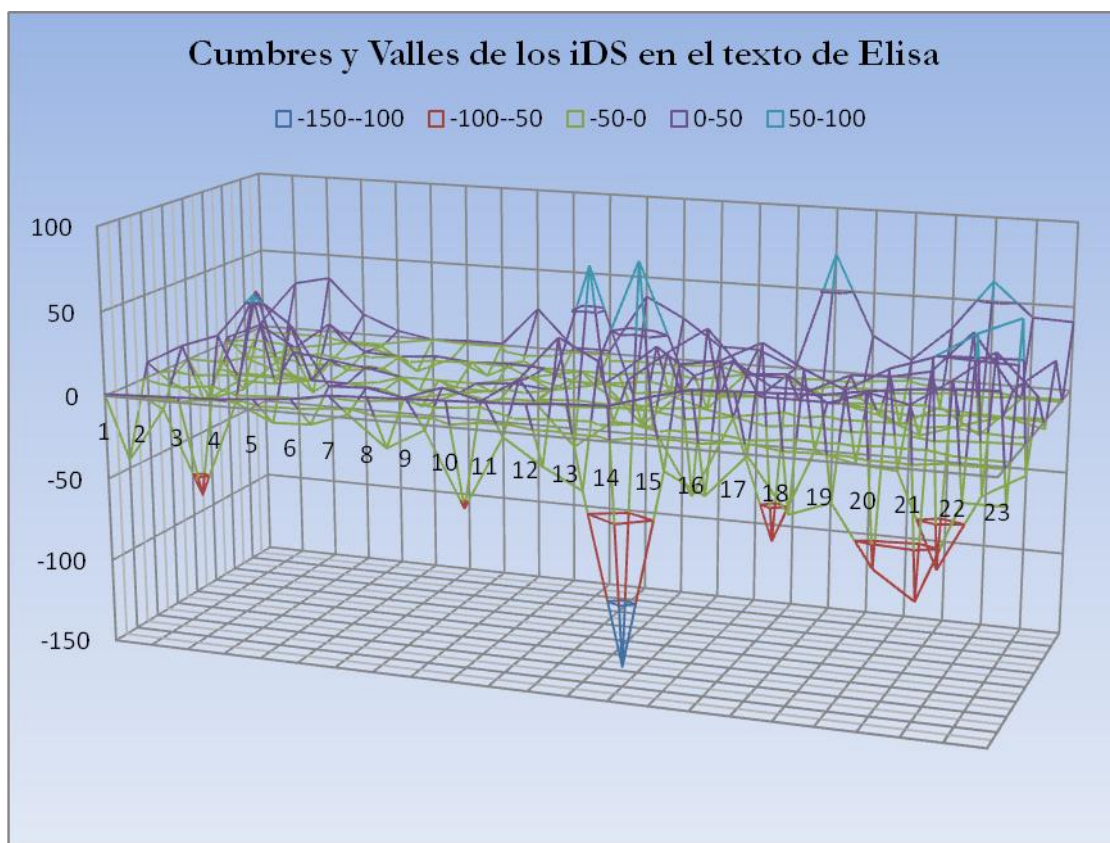


Figura 111: (R) Cumbres y Valles de los iDS en el texto de Elisa

Intuitivamente, puede abarcarse la evolución del texto de Elisa en todas las fases del tratamiento de psicoterapia psicoanalítica, con la metodología de los iDS. Se ve el “tocar fondo” de las fases medias, las cumbres de la resolución y las líneas de tendencia positivas de las fases finales.

### **20.3 CONCLUSIONES CLÍNICAS**

#### **Resumen de los resultados pre y post tratamiento**

Nos referimos en primer lugar al iSMOSS:

A.- **ÍNDICE EMOCIONAL:** Empatía, alegría, tranquilidad, facilidad para establecer relaciones afectivas, capacidad para establecer y mantener compromisos, predominio de los sentimientos positivos sobre los negativos, relaciones afectivas de amor, enamoramiento y amistad, capacidad de asumir riesgos.

Puede observarse que aunque el índice emocional ha evolucionado positivamente en 5 puntos, desde 11 –próximo al daño psicológico- a 16, en el punto de corte de la zona saludable, parece que persiste una cierta inestabilidad. Es el índice que menos ha variado después del tratamiento, pero lo más probable es que continúe evolucionando favorablemente al superar la fase internamiento en la comunidad terapéutica.

B.- **ÍNDICE PRÁCTICO:** Control del tiempo y de los recursos personales, canalización de la energía en proyectos realizables, atención y concentración en las tareas, auto-eficacia, decisiones en función de las circunstancias objetivas de la realidad, capacidad de controlar y resolver situaciones difíciles, puntualidad y orden.

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

Parece lógico que sea el índice que más ha variado, de 10 a 21 puntos, con una evolución positiva de 11 puntos, si tenemos en cuenta total descontrol de tiempo y los recursos personales, relatado en las sesiones, y el volcado total de su energía única y exclusivamente en obtener droga, antes del tratamiento. Durante los meses de tratamiento y gracias al programa aplicado por la comunidad terapéutica, ha conseguido sentirse útil, resolver situaciones difíciles y adquirir hábitos de puntualidad y orden.

C.- **ÍNDICE CORPORAL:** Capacidad de disfrutar de la sexualidad, dormir con sueño profundo y reparador, sensaciones de plenitud y bienestar, despertarse con ganas de comenzar un nuevo día, relaciones eróticas gratificantes, alimentación adecuada, ejercicio físico, ausencia de somatizaciones (digestivas, respiratorias, cutáneas...) potencia sexual y capacidad de orgasmo.

La paciente ha realizado un considerable esfuerzo, especialmente en cuanto a la aceptación de su propio cuerpo, pasando de una puntuación de 4 –grave daño psicológico en el índice corporal- a 10, que es la zona más baja de la inestabilidad.

D.- **ÍNDICE EXISTENCIAL:** Aceptación de sí mismo y de los cambios que se producen en la trayectoria vital, seguridad moderada y auto-identidad, aceptación de las limitaciones sin necesidad de aparentar más de lo que se es, tener en cuenta los intereses de los demás al tomar decisiones, vestirse con sencillez, construir con paciencia los medios para alcanzar los objetivos.

Tomar conciencia de su situación existencial, tener la esperanza de poder volver a ocuparse de la educación de su hijo y recuperar de nuevo el cariño de su madre, pueden

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

ser los factores clave para mostrar un claro entusiasmo en las últimas sesiones, que coincidían también con el final de periodo de comunidad. No es de extrañar que el índice más elevado al comenzar el tratamiento (12) sea también el más elevado al finalizar (22).

E.- **ÍNDICE GENERAL:** Es la resultante de los 4 índices anteriores.

**En conjunto ha evolucionado de un iG=37 (inestabilidad) a iG=69 (buena salud).**

También nos referimos al test de Rorschach, como instrumento más significativo.

Podemos resumir brevemente las diferencias entre los dos protocolos, inicial y final, en siete puntos:

1. Aumenta el número de respuestas, de 22 a 28. **Aumenta la riqueza asociativa.**
2. En el protocolo final, puede apreciarse una **sucesión relajada o laxa.**
3. El tipo vivencial pasa de Coartativo a Introversivo, **disminuye la impulsividad.**
4. El Coeficiente de Afectividad C.A. se modera, **desde la hipersensibilidad (2,4) a la media (1,5).**
5. El resultado anterior es **coherente con la disminución de la capacidad de estimulación afectiva**, desde la hipersensibilidad a estímulos afectivos inicial (36,36) a la media (28,50).
6. El índice de realidad de Neiger (IR) **aumenta** desde el 4 inicial: Hipoplástico, que corresponde a personalidad límite, a 6 que indica un **buen contacto con la realidad.**

7. En la prueba de Morgenthaler permanece como lámina preferida la VII “*La imago materna*”, pero la interpretación evoluciona de “*dos perritos en un balancín*” a “*dos niños en un balancín*” y cambia la lámina rechazada inicial VIII “*La afectividad*” por la IX “*la sublimación*”. Hacer consciente la dificultad para interpretar esta lámina produce cierta tensión, especialmente en personas inseguras que temen a sus propios impulsos. Es de destacar que para Loosli-Usteri, la IX es la *segunda lámina materna*, posiblemente manifestando, en un nivel más inconsciente, los restos de conflictividad que aún persisten con la **figura materna, objeto central del análisis y núcleo básico de la conflictividad**, cuya superación ha sido uno de los principales indicativos de alta.

También en los demás instrumentos, se aprecian diferencias positivas en la evaluación final respecto a la inicial que ya han sido reseñadas, en el EPA-iPsiS: Mejora la Autoeficacia, en el FUNDIPP: Disminuye la inestabilidad; y en el House- Tree-Person, apenas hay diferencias apreciables, salvo una mayor soltura en el trazo, desde el punto de vista de la ejecución y desde el punto de vista del contenido la elección de la madre en la serie postratamiento, en el dibujo de la persona, en sustitución del hijo, en el dibujo inicial, resolviendo así un importante núcleo de conflictos.

#### **Evidencias clínicas de la naturaleza “dual” de la patología en este caso.**

Las tres primeras *cadena semánticas* (Cencillo, 1988) de la primera sesión identifican la naturaleza dual del caso: iDS:Ex s.1(-6) a) *Soy drogadicta*, b) *tengo trastorno límite de personalidad* y c) *cuadro depresivo grave*.

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

- a) *Soy drogadicta*: Antes de ser detenida por la policía, consumía abundantes cantidades de cocaína, llegando a consumir ocasionalmente varios gramos.
- b) *Tengo trastorno límite de la personalidad*: Impulsividad y agresividad descontrolada.
- c) *Cuadro depresivo grave*: Dos intentos de suicidio, seguidos de internamientos hospitalarios de varios meses.

Aparentemente, cumple todos los criterios de un caso típico de *patología dual*.

**Evidencias clínicas de la resemantización**

El terapeuta, lejos de proporcionar consejos, estimula y ayuda al paciente a:

- a) Asumirse a sí mismo, superando la experiencia traumática de maltrato infantil del relato iDS:Ex s.37(-16), posiblemente en el origen de la adicción y posterior perturbación mental.
- b) Integrar las energías y elementos dinámicos de su personalidad. Ref. Fase integradora (Cap. 13)
- c) Consolidar la estructura elástica de una nueva personalidad. iDS:Ex s.38 (16) (14)
- d) Invertir de nuevos significados, valores y afectos su *mundo*, no de forma infantil y regresiva, sino de forma adulta, eficaz y objetiva. iDS: Ex s.45, cadenas 123 y ss.
- e) Deducir las respuestas éticas –*adecuadas a las exigencias objetivas y subjetivas*- válidas para toda posible situación futura.

**Criterios de alta**

- 1) **La identidad** está en disposición de consolidarse suficientemente, basada en la auto aceptación y el deseo de mejorar en aspectos concretos, que puede observarse en los siguientes iDS (s.43, s.45, s.46)
- 2) **La vida cotidiana** funciona suficientemente, iDS (s.37-40)
- 3) **No se aporta material nuevo** ó no crea nuevas tensiones lo que se aporta.
- 4) **Sueños** de logro (*El sueño de navidad*): iDS (s.40, cadenas 11 y ss)
- 5) **Organización** del comportamiento, iDS (s.45, cadenas 138 y ss)
- 6) **Síntomas superados** (auto punitivos, agresivos, miedos, bloqueos); “*¿Qué desencadenaba la agresión? Pues no sé, mi temperamento, mi comportamiento, mi mala leche, mi carácter, mi prepotencia, mi egoísmo. Mira, yo estuve hablando con la psiquiatra y me dijo que había notado un cambio en mí, me bajó la medicación y...*” (s.38)
- 7) **Claridad ética** de las acciones y proyectos, iDS (s.37, cadenas 1 y ss).



## 21. NUEVAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

### **Desarrollo de programas informáticos de registro clínico de los iDS.**

De los resultados expuestos anteriormente, se pueden deducir las siguientes líneas de investigación futuras:

**Registros clínicos semi-automatizados de iDS**, a través de programas informáticos para Smartphone o Tablet, en los que pudiera asignarse manualmente el campo de significación y la división en cadenas semántica y su valoración se realizase mediante una pre asignación por combinación de diccionarios de campo. Esta agilidad en el registro clínico supondría un avance considerable en los sistemas de psicoterapia virtual y virtuanálisis.

**Programa de códigos personales de cada paciente:** Sería un desarrollo del programa anterior, personalizando la recepción y codificación de mensajes, para ofrecer al terapeuta repertorios de intervención personalizados.

**Ampliación de los campos de significación:** Los cuatro campos de significación actuales pueden completarse con un nuevo campo: El campo **simbólico**, o más exactamente: *Campo de los procesos personales de simbolización*. Puesto que las distorsiones de la simbolización, especialmente el exceso de simbolización negativa se encuentra en el origen de múltiples trastornos.

**Codificación de los usos y estilo del paciente:** Del mismo modo, la codificación de los usos y estilo mediante programas de análisis y transcripción automática de voz a texto,

sería una valiosa ayuda en la investigación, al facilitar un registro clínico más pormenorizado y completo.

**Seguimiento de los casos por medio de los iDS:** El registro automatizado de las comunicaciones virtuales de los pacientes facilitará considerablemente su seguimiento.

\* \* \* \* \*

El conjunto de conclusiones que aquí se exponen son un reflejo de un esfuerzo continuado por exponer, con claridad y precisión, los resultados del registro clínico de un caso de patología dual, tratado mediante psicoanálisis, atendiendo a una interpretación personalizada, que ha dado como fruto:

- A. Una reflexión teórica sobre la hermenéutica psicoanalítica, desde la perspectiva del psicoanálisis de base antropológica
- B. Tres nuevos instrumentos técnicos:
  - La escala iSMOSS: Índices de Salud Mental Ortiz, Sedano & de Santiago.
  - Los índices dinámicos de salud (iDS): Parámetros de valoración de *cadena semánticas* (Cencillo, 1988), para identificar los núcleos de conflictividad.
  - Gráficas de campos de significación: para el análisis de la evolución del discurso del paciente en las distintas fases del proceso.
- C. Evidencia clínicas: Puede mostrarse la evolución, a través de las diferentes fases del proceso, de las transformaciones que se producen entre la situación inicial del paciente y su situación final.

TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

---

El tratamiento psicoanalítico, en este caso, parece haber tenido al menos un valor terapéutico auxiliar en el contexto de la comunidad terapéutica, y tal vez también habría que reconocerle cierto interés como registro clínico de los índices dinámicos de salud; así como la posibilidad de mostrar las evidencias clínicas de los cambios que se producen durante el tratamiento mediante la representación gráfica de los iDS, parámetros que resultan de la valoración de *cadena semántica* (Cencillo, 1988) y de los campos de significación relacionados con la salud psicológica.. Pero si alguna utilidad ha tenido esta tesis para Elisa, es precisamente lo que Cencillo considera la esencia del tratamiento: *dejar que el paciente deposite en nosotros sus ansiedades y bloqueos*. Y en eso hemos puesto nuestra mejor voluntad y saber hacer.

En Salamanca, el día 29 de junio de 2015.

## 22. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- A. Robert, J. M. ( 2012). La comunidad terapéutica para los trastornos por uso de sustancias en adolescentes. *Trastornos Adictivos*, vol. 14 (4), 112-117.
- Abeijón, J. (2010). La comunidad terapéutica y la terapia sistémica. . En C. Arnau, *La metodología de la comunidad terapéutica* (págs. 42-63). Madrid: Fundación Atenea.
- Aguelo Muñoz, F. (2004). Comunidad terapéutica para drogodependientes y relación educativa. . *Acciones e investigaciones sociales*, vol 19, 127-144.
- Aguilar, I. (1997). Retención en Comunidad terapéutica: La CT Profesional de Barajas. . *Adicciones*, vol. 9 (2), 181-194.
- Arias, F. e. (2013). Abuso o dependencia al cannabis y otros trastornos psiquiátricos. Estudio Madrid sobre prevalencia de patología dual. . *Actas españolas de psiquiatría*, vol. 41 (2), 122-129.
- Barea, J. e. (2010). Estudio sobre aspectos etiológicos de la patología dual. *Adicciones*, vol. 22 (1), 15-24.
- Bretherton, K. &. (1997). Internal working models in attachment relationships: a construct revisited. . En J. &. Cassidy, *Handbook of attachment: theory research and clinical applications* (págs. 89-114). New York: Guilford.
- Brewer, D. C. (1998). A meta-analysis of predictors of continued drug use during and after treatment for opiate addiction. . *Addiction* (93) , 73-92.
- Casares López, M. e. (2011). Patología dual y trastornos mentales en reclusos consumidores de sustancias. *Revista de psicopatología y Psicología clínica*, vol. 16 (2), 135-144.
- Champion, L. G. (1995). Behavioural problems in childhood and stressors in early adult life: a 20 years follow-up of London school children. *Psychological Medicine* (25), 231-46.

- Comas Arnau, D. (2010). *La metodología de la Comunidad Terapéutica*. Madrid: Fundación Atenea.
- Cooney, N. L. (1997). Alcohol cue reactivity, negative mood reactivity, and relapse in treated alcohol men. *Journal of Abnormal Psychology (106)* , 243-250.
- De Macedo, C. (2006). Relación entre rasgos desadaptativos de la personalidad y farmacodependencia. *Persona*, 171-187.
- de Santiago Herrero, J. &. (2008). La última etapa del tratamiento psicoanalítico. *Revista de Psicoanálisis, Psicoterapia y Salud Mental, vol. 1 (5)*, 1-17.
- de Santiago, F. (2007). *Los casos clínicos de Freud*. Salamanca: Amarú.
- De Santiago, J. (2007). *Los casos clínicos d Freud*. Salamanca: Amarú.
- Dodes, L. (1990). Addiction, helpless and narcissistic rage. . *The Psychoanalytic Quarterly (59)* , 398-417.
- Durand, L. (2012). Encuadre. *Gradiva SPM*.
- Etchegoyen, H. (1986). *Técnica Psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fernandez Gómez, C. (2005). Una evaluación de necesidades, procesos y satisfacción de drogodependientes con y sin problemática judicial en comunidades terapéuticas. . *Adicciones, vol. 17, (4)*, 301-305.
- Fernández Ozcorta, E. e. (2011). Estudio sobre la aplicación de un programa de actividades deportivas en pacientes con patología dual. . *Revista Iberoamericana de Psicología del ejercicio y el deporte, vol. 6 (1)*, 113-132.
- Fonagy, P. (., Kächele, H., Krause, R., Jones, E., & Perron, R. (. (1999). *Una Revisión de Puertas Abiertas de los Estudios de Resultados en Psicoanálisis: Informe Preparado por el Comité de Investigación de la API a pedido de su Presidente*. Londres: API.
- Foucault, M. (1964). *Historia de la locura en la época clásica*. París: Gallimard.
- Freud, S. (1896). *Etiología de la histeria* . Barcelona : Biblioteca Nueva.

TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

---

- Freud, S. (1905). *Fragmento de análisis de un caso de histeria*. Barcelona : Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1923). *Psicoanálisis y teoría de la libido. Obras Completas. III, p. 2663*. Barcelona: Biblioteca nueva.
- Hernández Serrano, M. &. (2012). Factores psicosociales, cognitivos y de personalidad, asociados a la adherencia al tratamiento en comunidades terapéuticas. *Psicología desde el caribe, vol. 29 (1)*, 47-63.
- Kazdin, A. E. (2001). *Métodos de investigación en psicología*. México: Pearson Educación.
- Kihlstrom, J. (1987). The cognitive unconscious. *Science*, 237., 1445-1452.
- Kolk, v. d. (1996). The body keeps the score:. Approaches to psychobiology of posttraumatic stress disorder. En B. M. van der Kolk, *Traumatic Stress. The effects of overwhelming experience on mind, body and society*. . New York. London.: The Guilford Press.
- Ledoux, J. (1992). Emotion as a memory: anatomical systems underlying indelible neural traces. . En S.-A. (. Christianson, *Handbook of emotion and memory*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Liu, D. D. (1997). Maternal care, hippocampal glucocorticoid receptors, and hypothalamic-pituitary-adrenal response to stress. . *Science (277)*, 1659-1662.
- Llorente del Pozo, J. F. (1999). Comunidades terapéuticas, situación actual y perspectivas de futuro. *Adicciones, vol 11 (4)*, 329-336.
- López Fernández, O. e. (2012). Las comunidades terapéuticas como tratamiento para drogodependencias: Una revisión sistemática del tratamiento a corto plazo. *Trastornos adictivos, vol 14 (4)*, 104-111.
- López Goñi, O. e. (2008). Razones para el abandono del tratamiento en una comunidad terapéutica. *Trastornos adictivos, vol. 10 (2)* , 104-111.

- Madoz Gúrpide, A. (2013). Variables predictivas del alta terapéutica entre pacientes con patología dual grave atendidos en una comunidad terapéutica de drogodependencias con unidad psiquiátrica. *Adicciones*, vol. 25 (4), 300-308.
- Marín Romero, B. (2010). Terapia de aceptación y compromiso aplicada a un caso de patología dual.: *Apuntes de psicología*, vol. 28 (3), 483-491.
- Marlatt, G. &. (1985). *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviour*. New York: Guilford Press.
- Martínez, J. (1999). *Tratamiento del drogodependiente con trastornos de la personalidad*. . Madrid: Biblioteca Nueva.
- Milner, S. &. (1998). Cognitive Neuroscience and the Study of Memory. *Neuron*, Vol. 20., 445-468.
- Miquel, L. e. (2011). Diferencias de género epidemiológicas y diagnosticas según eje I en pacientes con patología dual. *Adicciones*, vol. 23 (2), 165-172.
- Mitjavila, M. Á.-E. (2002). La aportación del Terapeuta en la Psicoterapia Psicoanalítica. *Intersubjetivo* vol. 2 (1), 64-77.
- Molina Fernández, A. (2011). El Método de la comunidad terapéutica para drogodependientes: Un análisis desde las ciencias sociales. . *Acción y ciencia*, vol 1 (4), 1-13.
- Mosquera Barral, D. e. (2012). Terapia EMDR (Eye Movement Desensitization Reprocessing) en el trastorno límite de la personalidad: reflexiones en torno a un caso de patología dual. *Revista española de drogodependencias*, vol. 37 (1), 81-95.
- Ortiz Cobo. (1989).
- [http://www.terapiapsicoanalitica.com/toxicomanias\\_y\\_esquizofrenia.pdf](http://www.terapiapsicoanalitica.com/toxicomanias_y_esquizofrenia.pdf).

TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

---

- Pérez del Río, F. (2010). *Estudios sobre adicciones. Perfiles de drogodependientes y eficacia del tratamiento en Proyecto hombre de Burgos*. Burgos: Burgos: Imprenta provincial.
- psiquiatrianet. (03 de 11 de 2009). Obtenido de <http://psiquiatrianet.wordpress.com/2009/11/03/los-enfermos-mentales-en-la-edad-media/>
- Quiroga Méndez, P. (2003). *C. G. Jung Vida, obra y psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Redes, L. e. (2013). Acerca de un caso clínico de patología dual, de psicosis y consumo de sustancias. *Revista de psiquiatría de Uruguay*, vol. 77 (1), 68-74.
- Robert, A. e. (2012). La comunidad terapéutica para los trastornos pos uso de sustancias en adolescentes. *Trastornos adictivos*, vol. 14, 112-117.
- Roldán Intxuta, G. (1992). Institucionalización en drogodependencias: Las comunidades terapéuticas. *Intervención psicosocial*, vol 1 (2) , 5-14.
- Roncero, C. e. (2006). Paciente psicótico y consumo de sustancias: patología dual. *Trastornos adictivos*, vol. 8 (1) , 1-5.
- Roncero, C. e. (2013). Percepción de los profesionales españoles sobre la Adherencia terapéutica en patología dual. *Actas españolas de psiquiatría*, vol. 41 (6), 319-329.
- Roussos, A. (2007). "El diseño de caso único en investigación". *REVISTA ARGENTINA DE CLINICA PSICOLOGICA XVI*, p.p. 261-269.
- Rubistein, A. M. ( 2007). *La eficacia del análisis y el uso del caso en los textos freudianos*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Anu. investig. v.14.
- Rubonis, A. C. (1994). Alcohol cue reactivity and mood induction in male and female alcoholics. *Journal of Studies of Alcohol* (55) , 487-494.



- Rutter, M. (1999). Psychosocial adversity and child psychopathology. . *British Journal of Psychiatry* (174), 480-493.
- Saavedra Genovese, J. e. (2013). A propósito de un caso de patología dual. Trastorno bipolar tipo I. dependencia a cocaína y alcohol. . *Revista española de drogodependencias*, vol. 38 (1):, 61-66.
- Schore, A. (2001). The effect of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal* (22) , 201-269.
- Secades Villa, R. F. (2000). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Adicciones*, vol 12(3), 353-363.
- Secades Villa, R., & Magdalena Benavente, Y. (2000). Predictores de la Retención en una Comunidad Terapéutica para Drogodependientes. *Adicciones*, vol. 12 (3), 365-371.
- Szerman, N. e. (2011). Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid. *Adicciones*, vol. 13 (3), 249-255.
- Szerman, N. e. (2012). *Patología dual y psicosis: un desafío de la clínica diaria*. Madrid: Madrid: Enfoque Editorial S.C.
- Torrens Mélich, M. (2008). Patología dual: situación actual y retos de futuro. 315-320. *Adicciones*, vol. 20 (4), 315-320.
- Utgés Nogués, M. (2005). *Los trastornos de la personalidad en adictos a la heroína y a la seroconversión al VIH, una asociación relevante*. . Barcelona: Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona. Facultad de medicina.
- Vergara-Moragues, E. e. (2013). Relación entre la comorbilidad psicopatológica y las variables de resultados en dependientes de cocaína tratados en comunidad terapéutica. *Adicciones*, vol. 25 (2), 128-136.

### 23. BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Abraham, K. (1924) *Psicoanálisis clínico* Horme, Buenos Aires 1980
- Aizpiri Díaz, J. y otros (2000). Trastornos por sustancias de abuso: alcoholismo. *Revista de la Sociedad Española de Medicina General* (núm. 46: septiembre de 2002). Madrid.
- Álamo, C., López Muñoz, F. y Cuenca, E. (1999). Fundamentos neurobiológicos del trastorno dual: hipótesis etiopatogénicas, en Salvanés R. y Álamo C. (1999): *Avances en patología dual...* -
- Alexander, F y French, T.M. (1946) *Psychoanalytic Therapy* Nueva York, Ronald Press. Trad. esp, Paidós, Buenos Aires 1965.
- Araluce Iturbe, K. (1997): Comorbilidad Psiquiátrica en los trastornos por uso de alcohol. Aspectos específicos de Tratamiento y Asistencia. *II Jornadas Autonómicas Socidrogalcohol Andalucía*, 143-150
- Aron, L. (1996) *A Meeting of Minds*. Londres, The Analytic Press
- Aurelio Real, M. (2008) Responsabilidad profesional en el psicoanálisis. <http://www.mercuriodelasalud.com.ar>.
- Balint, M. (1936) The final Goal of Psycho-Analytical Treatment *Int. J. Psycho-Anal.* 17.
- Bateman, A. & Holmes, J. (1995) *Introduction to psychoanalysis. Contemporary theory and practice*. Routledge: London and New York.
- Bateman, A., Brown, D. & Pedder, J. (2000) *Introduction to psychotherapy. An outline of psychodynamic principles and practice*. Routledge: London.

TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

---

- Bellak, L. y Barnett Meyers, M.D. (1975) Ego function assesment and analysability en The International Review of Psycho-Analysis, vol 2 : 4, 413-427.
- Bellak, L. y Goldsmith, L.A. (1984) Metas amplias para la evaluación de las funciones del yo, trad. Esp, de Manual Moderno, México, 1993
- Bretherton, K. & Munholland K.A. (1999) Internal working models in attachment relationships: a construct revisited. In: Cassidy, J. & Shaver, P.R. (Eds.)
- Brewer, D.D., Catalano, R.F., Haggerty, K., Gainey, R.R. & Fleming, C.B. (1998) A meta-analysis of predictors of continued drug use during and after treatment for opiate addiction. *Addiction* (93) 73-92.
- C.O.P. Andalucía Occidental. (1998): *I Encuentro de Trabajo sobre Patología Dual en Drogodependencias: Conclusiones y Propuestas*. Sevilla, (Sin Publicar).
- Cabrera Forneiro, J. y otros - Agencia Antridroga (1998). Patología dual. Madrid. Ediciones Delos S.L. –
- Camí Morell, J. y Farré Albaladejo, M. (2010). Psicopatología y sustrato neurobioquímico por consumo de alucinógenos. Barcelona, Instituto de Altos Estudios Universitarios (IAEU). –
- Caparros, N. (1978) Comentarios acerca de un symposium sobre la terminación del análisis. En *Revista de Psicoterapia y Psicología Social Aplicada. Clínica y análisis grupal*. Año 3, N° 13 Noviembre/Diciembre.
- Casas Brugué, M. (1997): La Psiquiatrización de las Drogodependencias. *Revista Electrónica de Psiquiatría*, 1, (4).
- Cencillo, Luis (1968) Conocimiento : historia y planteamiento del problema del apriori de la conciencia Publicaciones del Seminario de Historia de los Sistemas Filosóficos. Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad Central. Syntagma.

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

- Cencillo, Luis (1970) Mito, semántica y realidad. Madrid, Editorial Católica. Biblioteca de Autores Cristianos. Sección VI, Filosofía; 299
- Cencillo, Luis (1971) Curso de filosofía fundamental. T. II, Tratado de la intimidad y de los saberes: fundamentos de antropología del conocimiento, general y pedagógica, epistemología y lógica. Madrid, Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Madrid, Syntagma: textos de investigación. Serie A; 4
- Cencillo, Luis (1971) El Inconsciente. Madrid. Marova, Biblioteca Marova de estudios del hombre; 1
- Cencillo, Luis (1973) Curso de filosofía fundamental. T. I, Tratado de las realidades. Madrid, Facultad de Filosofía y Letras de La Universidad Complutense, Syntagma: textos de investigación. Serie A ; 4
- Cencillo, Luis (1973) Método y base humana, partes I y II del curso de antropología integral. Madrid: Seminario de Historia de los Sistemas Filosóficos, Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad Central.
- Cencillo, Luis (1973) Método y base humana, partes I y II del Curso de Antropología Integral. Madrid: Guadiana de Publicaciones.
- Cencillo, Luis (1973) Terapia, lenguaje y sueño Madrid .Biblioteca Marova de estudios del hombre.
- Cencillo, Luis (1974) Libido, terapia y ética, conflictividad ética del psicoanálisis. Estella (Navarra). Verbo Divino.
- Cencillo, Luis. (1975) Raíces del conflicto sexual. Madrid, Guadiana.

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

- Cencillo, Luis (1975) *Dialéctica del concreto humano: cuestiones, estructuras, procesos y consecuencias de la personalidad*. Madrid, Ediciones Marova, Biblioteca. Marova de Estudios del Hombre; 25
- Cencillo, Luis (1977) *Transferencia y sistema de psicoterapia*. Madrid, Pirámide.
- Cencillo, Luis (1978) *El hombre: noción científica*. Madrid, Pirámide.
- Cencillo, Luis (1980) *Antropología de la lógica y futuro de la reflexión filosófica*. Salamanca. Separata de: Cuadernos salmantinos de filosofía, VI (1979)
- Cencillo, Luis (1981) *Última pregunta: paradojas de la madurez y del poder*. Salamanca. Sígueme, Antropología filosófica.
- Cencillo, Luis (1982) *Los sueños, factor terapéutico*. Madrid, Biblioteca Marova de estudios del hombre.
- Cencillo, Luis (1988) *La práctica de la psicoterapia: (de orientación dialéctica)* Madrid, Marova.
- Cencillo, Luis (1988) *Interacción y conocimiento. Vol. I, Discurso, lenguaje y procesos cognitivos* Discurso, lenguaje y procesos cognitivos. Salamanca. Amarú.
- Cencillo, Luis (1988) *Interacción y conocimiento. Vol. II, Sujetos, referencia y reflexión*. Salamanca, Amarú.
- Cencillo, Luis (1993) *Sexo, comunicación y símbolo*. Barcelona. Anthropos.
- Cencillo, Luis (2000) *Cómo no hacer el tonto por la vida: puesta a punto práctica del altruismo*. Bilbao. Desclée De Brouwer, 2a. ed

- Cencillo, Luis (2000) *Creatividad, arte y tiempo: antropología del arte. T. I, Creatividad y materiales* Madrid. Sintagma
- Cencillo, Luis (2000) *Creatividad, arte y tiempo: su conflictividad y sus estilos. T. II, Europa.* Madrid, Sintagma.
- Cencillo, Luis (2001) *Lo que Freud no llegó a ver –Una terapia eficaz-* Madrid, Syntagma Ediciones.
- Cencillo, Luis (2005) *Pensar y crear pensando.* Madrid, Syntagma Ediciones.
- Champion, L.A., Goodall, G.M. & Rutter, M. (1995) Behavioural problems in childhood and stressors in early adult life: a 20 years follow-up of London school children. *Psychological Medicine* (25) 231-46.
- Chen, C., Balogh, M., Bathija, J., Howanitz, E., Plutchik, R. & Conte, H.R. (1992) Substance use among psychiatric inpatients. *Comprehensive Psychiatry* (33) 60-64.
- Chilcoat, H.D. & Breslau, N. (1998) Investigations of causal pathways between PTSD and drug use disorders. *Addictive Behaviors* (23) 827-40.
- Chinchilla Moreno, A. y otros (2010). *Psicopatología y terapéutica psicofarmacológica de la esquizofrenia.* Instituto de Altos Estudios Universitarios (IAEU). –
- Civeira, J. (1999). Detección de casos: aplicaciones en los estudios de prevención de psicosis, en Salvanés Pérez, R. y Álamo González C. (1999): *Avances en patología dual... op. cit.* –
- Coderch, J (2001) *La relación paciente-terapeuta. El campo del psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica* Paidós, Barcelona
- Coderch, J. (1987) *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica* Herder, Barcelona.

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

- Cooney, N.L., Litt, M.D., Morse, P.A., Bauer, L.O., Gaupp, L. (1997) Alcohol cue reactivity, negative moodreactivity, and relapse in treated alcohol men. *Journal of Abnormal Psychology* (106) 243-250.
- De Santiago Herrero, F-J. (2007) *Los casos clínicos de Freud Amará, Salamanca*
- de Zulueta, F. (1999) Borderline personality disorder as seen from an attachment perspective: a review. *Criminal Behaviour and Mental Health* (9) 237-53.
- Dixon, L., Haas, G., Weiden, P., Sweeney, J. & Frances, A. (1990) Acute effects of drug abuse in schizophrenic patients: clinical observations and patients self-reports. *Schizophrenia Bulletin* (16) 69-79.
- Dodes, L. (1990) Addiction, helpless and narcissistic rage. *The Psychoanalytic Quarterly* (59) 398-417. Dodes, L. (1996) Compulsion and addiction. *Journal of the American Psychoanalytic Association* (44) 815- 835.
- Dole, V.P., Nyswander, M.E. & Kreek, M.J. (1966) Narcotic blockade. *Archives of Internal Medicine* (118) 304-309. Epstein, S. (1994) Integration of the cognitive and psychodynamic unconscious. *American Psychologist* (49) 709-24.
- Domingo, M; Requena, E y Callicó, G (1996) Algunas consideraciones sobre la ansiedad de separación. Aportaciones a un caso clínico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría Año XVI, Enero/Marzo.*
- Etchegoyen, H.R (1986) *Los fundamentos de la técnica Psicoanalítica Amorrortu Buenos Aires. (2005) Segunda Edición Ampliada.*
- Eysenck, H.J. (1990) *Decline and fall of the Freudian empire. Scott-Townsend Publishers. Washington, D.C.*
- Ferenczi, S (1914) *Análisis discontinuo (Espasa Calpe, Madrid.O.C.II, 190-191)*

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

- Ferenczi, S (1925) Psicoanálisis de las costumbres sexuales (Espasa Calpe, Madrid O.C.III, 385 y ss).
- Ferenczi, S. (1924) Perspectivas del psicoanálisis (Espasa Calpe, Madrid O.C.III, 267-285) 16
- Ferenczi, S. (1928) El problema del fin del análisis (Espasa Calpe; Madrid O.C.IV. p. 49).
- Fernández Fernández, J.A. (1998). Tratamiento psicosis para la integración de personas con trastorno dual, en Cabrera Forneiro, J. (1998): Patología dual. –
- First, M.B. y Gladis, M.M. (1996): Diagnóstico y Diagnóstico Diferencial de los Trastornos Psiquiátricos y por Uso de Sustancias. En J. Solomon, S. Zimberg y E. Shollar, *Diagnóstico Dual*. (41-56). Ediciones en Neurociencias, S.L., Barcelona.
- Freixa Fontanals N. y otros (2010). Psicopatología, psicofarmacología y psicoterapia cognitivo conductual del alcoholismo. Barcelona, Instituto de Altos Estudios Universitarios (IAEU). –
- Freud, S (1918) [1919] Sobre la enseñanza del psicoanálisis en la Universidad (O.C.III, 2454-2456)
- Freud, S. (1895) Estudios sobre la histeria (O.C.I, 39-168)
- Freud, S. (1912) Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico (OC.II, 1654-1660)
- Freud, S. (1913) La iniciación del tratamiento (O.C.II, 1661-1674)
- Freud, S. (1932) Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis (O.C.III, 3101- 3206).
- Freud, S. (1937) Análisis terminable o interminable (O.C.III, 3339-3364)



**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

- Freud, S. 1919-(1920) Más allá del principio del placer (O.C.III, 2507-2541)
- Freud, S.1914 [1918] Historia de una neurosis infantil (caso del hombre de los lobos) ( O.C.II, 1941-2009)
- Gardeta Gómez, A. (2008) Combatiendo la inestabilidad emocional: Terapia icónica para el trastorno límite de la personalidad. Revista de Psicoanálisis, Psicoterapia y Salud Mental Vol. 1 n° 4 <http://psi.usal.es/rppsm/>
- Glantz, M. & Leshner, A. (2000) Drug abuse and developmental psychopathology. *Developmental psychopathology* (12) 795-814.
- Glover, H. (1992) Emotional numbing: a possible endorphin-mediated phenomenon associated with posttraumatic stress disorder and other allied psychopathologic states. *Journal of Traumatic Stress* (4) 643- 677.
- González Allepuz, J. (1999). Patología dual en sumo de drogas estimulantes, en Salvanes, R. y Álamo C. (1999): Avances en patología dual. –
- González Saíz, F. (1997): Patología Dual, entre la integración y la complementariedad. *Proyecto*, n° 24, 9-13.
- Grunbaum, A. (1993) Validation in the clinical theory of psychoanalysis. International University Press, Inc. 13
- Guiard, F. (1974) El analista frente a su tarea y a sí mismo. Reflexiones ante la evaluación retrospectiva de un tratamiento. *Revista de Psicoanálisis*. Vol. 33, pp. 337- 345
- Hales, R.E. y otros (1996). Tratado de psiquiatría (segunda edición). Barcelona, Áncora.
- Handbook of attachment: theory research and clinical applications (pp. 89-114). New York: Guilford.

- Herman, M. (2000) Psychotherapy with substance abusers: integration of psychodynamic and cognitivebehavioural approaches. *American Journal of Psychotherapy* (54) 574-9.
- Hildyard, K.L. & Wolfe, D. (2002) Child neglect: developmental issues and outcome. *Child Abuse and Neglect* (26) 679-695.
- Joseph, B (1985) Transference. The total situation. In *Psychic Equilibrium and Psychic Change*, Londres Tavistock.
- Kandel, E.R. (1998) A new intellectual framework for psychiatry. *America Journal of Psychiatry* (155) 457- 69.
- Kandel, E.R. (1999) Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited. *American Journal of Psychiatry* (156) 505-24.
- Kaufman, E. (1990) Clinical aspects of the psychodynamics of substance abuse and the evaluation of their application to a psychotherapeutic approach. *The International Journal of the Addictions* (25) 97-116.
- Kaufman, E. (1994) *Psychotherapy of addicted persons*. The Guilford Press: New York. London.
- Keller, D. & Wilson A. (1994) Affectivity in cocaine and opiate abusers. *Psychiatry* (57) 333-47.
- Keller, D., Carroll, K., Nich, C. & Rounsaville, B. J. (1995) Alexithymia in cocaine abusers: response to psychotherapy and pharmacotherapy. *American Journal on Addictions* (4) 234-44.
- Kendall-Tackett, K. (2002) The health effects of childhood abuse: four pathways by which abuse can influence health. *Child Abuse & Neglect* (26) 715-729.
- Kernberg, O. (1975) *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson.

TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

---

- Kernberg, O. (1994) Agression, trauma and hatred in the treatment of borderline patients. *Psychiatric Clinics of North America* (17) 701-14.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C.B. (1995) Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* (52) 1048-1060.
- Khantzian, E.J. (1985) The self-medication hypothesis of addictive disorders. *American Journal of Psychiatry* (142) 1259-64.
- Khantzian, E.J. (1986) A contemporary psychodynamic approach to drug abuse treatment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* (12) 213-22.
- Khantzian, E.J. (1997) The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry* (4) 231-244.
- Khantzian, E.J.(1985): The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142.
- Khantzian, E.J. & Khantzian, N.J. (1984) Cocaine addiction: is there a psychological predisposition? *Psychiatric Annals* (14) 753-59.
- Kihlstrom, J. (1987) The cognitive unconscious. *Science* (237) 1445-52. Kohut, H. (1971) *The analysis of the self*. New York: International University Press.
- Klein, M. (1950) Sobre los criterios para la terminación de un análisis. En Melanie Klein (1998) *Envidia y gratitud* Paidos, Barcelona. Vol. III.
- Kohut, H. (1977) Preface. In: *Psychodynamic of drug dependence*. NIDA research monographs series # 12. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Kohut, H. (1993) *¿Cómo cura el análisis?* Paidos, Barcelona

- Kreek, M.J. & Koob, G. (1998) Drug dependence: stress and dysregulation of brain reward pathways. *Drug and Alcohol Dependence* (51) 23-47.
- Krystal, H (1977) Aspects of affects theory. *Bulletin of the Menninger Clinic* (41) 1-26.
- 14 Krystal, H. (1978a) Self representation and the capacity for self-care. *Annual of Psychoanalysis* (6) 209-46.
- Krystal, H. (1978b) Trauma and affects. *The Psychoanalytic Study of the Child* (33) 81-116.
- Krystal, H. (1997) Desomatisation and the consequences of infantile psychic trauma. *Psychoanalytic Inquiry* (17) 126-150.
- Lacan, J. (1964) Seminario 11. Los cuatro conceptos fundamentales en psicoanálisis. Buenos Aires, Paidós.
- Lacan, J. Discours `a la EFP (Discurso en la EFP), 6 de diciembre de 1967, en <http://www.ecole-lanienne.net> Biblioteca: Pas-tout Lacan.
- LeDoux, J.E. (1992). Emotion as a memory: anatomical systems underlying indelible neural traces. In: Christianson, S-A. (eds.) *Handbook of emotion and memory*.
- Maldonado, R. (2010). Bases biológicas de los fenómenos de dependencia a opiáceos. Barcelona, Instituto de Altos Estudios Universitarios (IAEU). –
- Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (1985) *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviour*. (Guilford Press, New York).
- Martínez Larrea, J.A. (2010). Bases biológicas de la esquizofrenia y otras psicosis. Barcelona, Instituto de Altos Estudios Universitarios (IAEU).
- McDougall, J. (1974) The psychosoma and psychoanalytic process. *International Review of Psychoanalysis* (1) 437-54.
- McDougall, J. (1984) The "dis-affected" patient: reflections on affect pathology. *Psychoanalytic Quarterly* (53) 386-409.

- McDougall, J. (1986) *Theaters of the mind: illusion and truth on the psychoanalytic stage*. Free Association Books, London.
- McDougall, J. (1989) *Theaters of the body*. New York: W.W. Norton.
- Menninger, K.A y Holzman, P.S (1973) *Teoría de la técnica psicoanalítica Psique*, Buenos Aires. 17
- Meyer, R.E. (1986): How to understand the relationship between psychopathology and addictive disorders: another example of the chicken and the egg. En Meyer, R.E. (ed.): *Psychopathology and Addictive Disorders*. New York: Guilford Press.
- Miller, N.S. (1993): Comorbidity of psychiatric and alcohol /drug disorders: interactions and independent status. *Journal of Addictive Diseases*, 12 (3).
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (1991) *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behaviour*. New York: Guilford Press.
- Milner, B., Squire, L.R. & Kandel, E.R. (1998) Cognitive neuroscience and the study of the memory. *Neuron Review* (20) 445-68.
- Mitchell, S (1988) *Relational Concepts in Psychoanalysis* Cambridge, Harvard, Univ. Press.
- Mitchell, S (1993) *Hope and Dread in Psychoanalysis* New York, Basic Books
- Morgenstern, J. & Leeds, J. (1993) Contemporary psychoanalytic theories of substance abuse: a disorder in search of a paradigm. *Psychotherapy* (30), 194-206.
- Mueser, K.T., Yarnold, P.R. & Bellack, A.S. (1992) Diagnostic and demographic correlates of substance abuse in schizophrenia and major affective disorder. *Acta Psiquiatrica Scandinavica* (85) 48-55.

TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

---

- Noordsy, D.L., Drake, R.E., Teague, G.B., Osher, F.C., Hurlbut, S.C., Beaudett, M.S. & Paskus, T.S. (1991) Subjective experiences related to alcohol use among schizophrenics. *The Journal of Nervous and Mental Disease* (179) 410-414.
- Ochoa, E. (1999). Ansiedad y adicción a opiáceos, en Salvanés, R. y Álamo, C. (1999): Avances en patología dual. - Ortiz Cobo, A. (1998). Epidemiología y modelos explicativos del trastorno dual, en Cabrera Forneiro, J. y otros (1998)): *Patología Dual...* -
- Ortiz Cobo, A. (1998): Epidemiología y Modelos Explicativos del Trastorno Dual. En J. Cabrera, *Patología Dual*. (45-59). Madrid: Ediciones Gráficas DELOS S.L.
- Ouimette, P. C., Brown, P. & Najavits, L. (1998) Course and treatment of patients with both substance use and posttraumatic stress disorders. *Addictive Behaviors* (23) 785-95.
- Payne, S (1949) Un artículo breve sobre los criterios para la finalización de un análisis. En Nicolas Caparros (1978) *Comentarios-presentación: Criterios sobre la finalización de un análisis*. *Rev. Clínica y Análisis Grupal* Año 3, nº 13 p. 82-99
- Pérez Madera, D. (1998). Factores sociales que incrementan la vulnerabilidad de personas con patología dual, en Cabrera Forneiro, J. (1998): *Patología Dual*.
- Pichon Rivière, E. (1972) *Del psicoanálisis a la psicología sociales El proceso grupal*. Nueva Visión. Buenos Aires. 1995.
- Pitman, R. K., van der Kolk, B., Orr, S.P. & Greenberg, M. S. (1990) Naloxone reversible stress induced analgesia in post traumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry* (47) 541-7.
- Rando, T.A. (1991) *How to Go on Living when Someone You Love Dies* Lexington, Mass Books.

TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

---

- Rando, T.A. (1993) *Treatment of Complicated Mourning* Champaign, III, Research Press.
- Regier, D.A. y otros (1990): Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study, *JAMA*, 264 (19).
- Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd., L.L. & Goodwin, F.K. (1990) Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiological Catchment Area (ECA) study. *Journal of the American Medical Association* (264) 2511-2518.
- Rodríguez Martínez, A. y Castaño Asins, J. (2010). Conceptos generales sobre clínica, evolución y terapéutica de la esquizofrenia. Instituto de Altos Estudios Universitarios (IAEU).
- Rosenfeld, H. (1964) On drug addiction. In: Rosenfeld, H. *Psychotic States*. 128-43. London: Hogarth Press. 15
- Rubio Valladolid, G. (1998). Métodos diagnósticos de trastornos psiquiátricos en poblaciones con abuso de drogas, en Cabrera Forneiro, J. (1998): *Patología dual*.
- Rubio Valladolid, G. (1998). Modificaciones del curso de las adicciones, en Cabrera Forneiro, J. (1998),: *Patología Dual*. 65
- Rubio Valladolid, G. (1998): Tratamiento de los Trastornos Psiquiátricos comórbidos con las Patologías Adictivas. En J. Cabrera, *Patología Dual*. (103-121). Madrid: *Ediciones Gráficas DELOS S.L.*
- Rutter, M. (1999) Psychosocial adversity and child psychopathology. *British Journal of Psychiatry* (174) 480- 93.
- Saladin, M., Brady, K., Danszy, B. & Kilpatrick, D. (1995) Understanding comorbidity between PTSD and substance abuse disorders: two preliminary investigations. *Addictive Behaviours* (20) 643-655.

**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

- Salvanés, R. y Álamo, C. (1999). Avances en patología dual. Aspectos diagnósticos, clínicos, terapéuticos y asistenciales. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Alcalá de Henares (Madrid).
- Santis Barros, R. y Casas, M. (1999). Diagnóstico dual. Ponencia en el VI Encuentro Internacional de Profesionales en Drogodependencias. Servicio de Publicaciones de la Diputación de Cádiz.
- Schore, A. (2001) The effect of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal* (22) 201-269.
- Schuckit, M.A. & Hesselbrock V. (1994) Alcohol dependence and anxiety disorders: what is the relationship? *American Journal of Psychiatry* (151) 1723-34.
- Seva Díaz, A. (1999). Patología de la personalidad y alcoholismo ¿Trastorno dual, trial, tetral o simplemente plural?, en *Avances en patología dual...*
- Sifneos, P. (1975) Problems of psychotherapy of patients with alexithymic characteristics and physical disease. *Psychotherapy and Psychosomatics* (26) 65-70.
- Simmel, E. (1929) Psychoanalysis treatment in a sanatorium. *International Journal of Psychoanalysis* (10) 83-86.
- Sinha, R., Fuse, T., Aubin, L. & O'Malley, S. (2000) Psychological stress, drug-related cues and cocaine craving. *Psychopharmacology* (152) 140-148.
- Sopelana Rodríguez, P.A. (1998). Dificultades diagnósticas en los pacientes con patología dual, en Cabrera Forneiro, J. (1998): *Patología Dual...*
- Southwick, S. & Satel, S. (1990) Exploring the meanings of substance abuse: an important dimension of early work with borderline patients. *American Journal of Psychotherapy* (46) 61-67.



**TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL  
INDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS**

---

- Sroufe, A., Carlson, E., Levy, A. & Egeland, B. (1999) Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Developmental Psychopathology* (11) 1-13.
- Stewart, J. (1999) Pathways to relapse: the neurobiology of drug and stress-induced relapse to drug taking. *Journal of Psychiatry and Neuroscience* (25) 125-36.
- Storolow, R y Atwood, G (1985) *Context of Being* Londres, The Analytic Press \* Tizón, J.L. (2004) *Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia* Barcelona, Paidós.
- Tarter, R., Vanyukov, M., Giancola, P., Dawes, M., Blackson, T., Mezzich, A. & Clarck, D. (1999) Etiology of early age onset substance use disorder: a maturational perspective. *Developmental Psychopathology* (11) 657-683.
- Taylor, G.J., Parker, J.D. & Bagby, R.M. (1990) A preliminary investigation of alexithymia in men with psychoactive substance dependence. *American Journal of Psychiatry* (147) 1228-1230.
- Torrens Melich, M. (2010). *Psicopatología, alteraciones de conducta y terapéutica del consumo de opiáceos*. Barcelona, Instituto de Altos Estudios Universitarios (IAEU).
- Torrens Melich, M. (2010). *Psicopatología, alteraciones de conducta y terapéutica del consumo de opiáceos*. Barcelona, Instituto de Altos Estudios Universitarios (IAEU).
- Underwood, G. (1996) *Implicit Cognition*. New York: Oxford University Press.
- Vaillant, G., Brighton, J. & McArthur, C. (1970) Physicians' use of mood-altering drugs. A 20 years followup. *New England Journal of Medicine* (282) 365-372.
- Vaillant, G.E. (1980) Natural history of male psychological health, VIII: antecedents of alcoholism and "orality". *American Journal of Psychiatry* (137) 181-6.

- Vaillant, G.E. (1996) A long-term follow up of male alcohol abuse. *Archives of General Psychiatry* (53) 243- 9.
- van der Kolk, B. & Fisler, R. (1994) Childhood abuse and neglect and loss of self-regulation. *Bulletin of the Menninger Clinic* (58) 145-68.
- van der Kolk, B. (1996) The body keeps the score:. Approaches to psychobiology of posttraumatic stress disorder. In: van der Kolk, B., Mc Farlane, A. & Weisaeth, L. *Traumatic Stress. The effects of overwhelming experience on mind, body and society*. The Guilford Press: New York. London.
- van der Kolk, B., Hostetler, A, Herron, N. & Fisler, R. (1994) Trauma and the development of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America* (17) 712-29. 16
- Vicente, N., Díaz, H. y Ochoa, E. (2001). Consumo de sustancias en pacientes con esquizofrenia. *Psiquiatria.com*.
- Vilella Cuadrada, E. (2010). Bases genéticas de la esquizofrenia y otras psicosis. Barcelona, Instituto de Altos Estudios Universitarios (IAEU).
- Villamarzo, P-F (2002) Sándor Ferenczi. La cuestión de las variaciones técnicas en psicoterapia psicoanalítica *Universa Terra*, Salamanca.
- Winnicott, D.W. (1958) Manic Defence. In: Winnicott, D.W. *Collected papers: through paediatrics to psychoanalysis*. Tavistock Publications: London.
- Winnicott, D.W. (1965) *The maturational processes and the facilitating environment*. The Hogarth Press: London.
- Wright, C. (1990) Physician addiction to pharmaceuticals: personal history, practical settings, access to drugs and recovery. *Maryland Medical Journal* (39) 1021-1025.
- Wurmser L. (1984a) The role of the superego conflicts in substance abuse and their treatment. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy* (10) 227-258.

- Wurmser, L. (1974) Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use. *Journal of the American Psychoanalytic Association* (22) 820-43.
- Wurmser, L. (1984b) More respect for the neurotic process: comments on the problem of narcissism in severe psychopathology, especially the addictions. *Journal of Substance Abuse Treatment* (1) 37-45.
- Wurmser, L. (1985) Denial and split identity: timely issues in the psychoanalytic psychotherapy of compulsive drug users. *Journal of Substance Abuse Treatment* (2) 89-96.
- Wurmser, L. (1987) Flight from conscience: experiences with the psychoanalytic treatment of compulsive drug abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment* (4) 157-179.
- Zimberg, S. (1996): Introducción y Conceptos Generales del Diagnóstico Dual. En J. Solomon, S. Zimberg y E. Shollar, *Diagnóstico Dual*. (21-40). Barcelona. Ediciones en Neurociencias, S.L.

