

**EL REFLEJO DE LA COTIDIANIDAD EN EL ESCENARIO PSICOTERAPÉUTICO:  
UNA APROXIMACIÓN A LA REALIDAD PSÍQUICA**

Juan Carlos Granja Mesa y Agustín Trujillo Castellanos

Sergio Guillermo Castellanos

Trabajo de grado para optar por el título de Psicólogo



PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Bogotá, Colombia 2013

## Tabla de Contenido

Resumen.....	5
Abstract.....	5
Introducción y Planteamiento del Problema.....	6
Marco Teórico.....	16
<i>Psicoanálisis, Psicoterapia Psicoanalítica y Acompañamiento Psicológico</i> .....	16
<i>Realidad psíquica</i> .....	19
<i>Psicoterapia Psicoanalítica y vida cotidiana</i> .....	20
<i>Relación entre psicoterapeuta y paciente</i> .....	22
<i>Transferencia</i> .....	24
Objetivos.....	30
<i>Objetivo General</i> .....	30
<i>Objetivos Específicos</i> .....	30
Categorías .....	31
Personajes.....	31
Personaje que habla en el escenario terapéutico .....	31
Personaje del que se habla en la cotidianidad .....	32
<i>Personaje Autoagresivo</i> .....	32
<i>Personaje Heteroagresivo</i> .....	32
<i>Personaje Pasivo</i> .....	32

<i>Personaje Maternal</i> .....	32
<i>Personaje Infantil</i> .....	33
Diseño Metodológico.....	34
<i>Participantes</i> .....	35
<i>Instrumento</i> .....	35
<i>Procedimiento</i> .....	35
Resultados .....	39
Personaje Autoagresivo.....	39
<i>Personaje que habla en el escenario psicoterapéutico.</i> .....	39
<i>Personaje del que se habla.</i> .....	40
Personaje Heteroagresivo.....	40
<i>Personaje que habla en el escenario psicoterapéutico.</i> .....	40
<i>Personaje del que se habla.</i> .....	42
Personaje Pasivo.....	44
<i>Personaje que habla en el escenario psicoterapéutico</i> .....	44
<i>Personaje del que se habla.</i> .....	45
Personaje Maternal .....	47
<i>Personaje que habla en el escenario psicoterapéutico.</i> .....	47
<i>Personaje del que se habla.</i> .....	48
Personaje Infantil.....	49

<i>Personaje que habla en el escenario psicoterapéutico.</i> .....	49
<i>Personaje del que se habla.</i> .....	51
<i>Análisis general de los nueve protocolos con respecto a los personajes en las diferentes sesiones.</i> .....	52
Discusión.....	55
Referencias.....	68
Apéndices.....	71
Apéndice 1.....	71
Apéndice 2.....	72

### Resumen

Una investigación cualitativa desarrollada a partir de un estudio de caso con una persona de la ciudad de Bogotá, que asiste a acompañamiento psicológico en el marco de la práctica en Psicología Desarrollo y Dolor Psíquico de la Pontificia Universidad Javeriana, permitirá acercarse a comprender la realidad psíquica de un paciente a través de la actualización de algunos de sus personajes internos en el espacio psicoterapéutico y en su cotidianidad según dicho paciente lo relata dentro del escenario de acompañamiento psicológico. Para este propósito se implementa un diseño que consta con un método de intervenir-investigando y el protocolo como instrumento. La presente investigación permite evidenciar las exigencias de las dimensiones infantiles de la personalidad de la paciente, las dificultades producto de sus actitudes pasivas y los conflictos configurados a partir de las demandas ambivalentes-inconscientes, así como las dinámicas repetitivas y los elementos que la llevan a resistirse a un cambio.

*Palabras clave: Psicoanálisis, Psicología clínica, Psicoterapia, Realidad Psíquica, Personajes.*

### Abstract

A qualitative research developed from a case study with a woman from the city of Bogota, who attends to psychological support within the practice *Psicología Desarrollo y Dolor Psíquico* at the Pontificia Universidad Javeriana, allows to approach understanding the psychic reality of the patient through updating some of her internal characters in the psychotherapeutic context and her daily life according to what she related within the psychological support scenario. For this purpose a design with a research intervening method is implemented and the protocol is used as a tool. This research makes evident the demands of childhood personality dimensions of the patient, the difficulties due to her passive attitudes and the conflicts configured from the demands ambivalent – unconscious, as well as repetitive dynamics and elements that carry her to resist change.

*Keywords: Psychoanalysis (1418), Clinical psychology (5), Psychotherapy (1967).*

## Introducción y Planteamiento del Problema

Situaciones presentes en la cotidianidad del ser humano pueden generar preguntas e incertidumbres que motiven la búsqueda de diferentes vías de solución, principalmente cuando dichas situaciones se perciben por la persona que las vive como problemáticas y/o críticas. La investigación de Avendaño, Krause, Uribe & Winkler (1994) hace alusión a que en las personas, “la crisis es vivida subjetivamente – y nombrada – como tal; las personas sienten sus límites, viven la angustia que ello implica y consultan, buscando un camino de salida a esta situación de tensión” (p.221). Las dificultades que pueden surgir en la vida de una persona, el malestar emocional que esto causa y la sensación de imposibilidad para solucionar tales dificultades por sí mismo, pueden impulsar a la persona a buscar herramientas externas, entre ellas la ayuda de un profesional. Avendaño et al. (1994) exponen que “respecto del lugar en que se inicia la búsqueda de ayuda, se aprecia (...) que en primera instancia se acude a un profesional del sistema médico” (p. 221), sugieren que puede ser debido a que, en algunos contextos, se les atribuye un poder o autoridad socialmente mayor que al de los psicólogos. No obstante, las investigaciones expuestas por Avendaño et al. (1994) “muestran que los usuarios se cuestionan el accionar de los profesionales de la salud, al punto de efectuar verdaderas travesías al interior del sistema atencional para dar con los profesionales que les parecen competentes” (p. 221). La mayoría de personas que buscan ayuda de un profesional, suelen acudir a donde un médico como primera instancia; luego, de esta población, una cantidad suele dirigirse a la ayuda de diferentes profesionales, entre ellas la psicológica, empero, también hay una población menor que puede dirigirse directamente a la especialidad que considera pertinente para su necesidad. Sin embargo, dicha investigación (Avendaño et al. 1994) concluye expresando que la falta de estrategias interdisciplinarias por parte del sistema de salud, influye en el hecho de que gran parte de

quienes buscan ayuda terminen llegando a la misma por elementos fortuitos y no por una decisión basada en información acerca de la atención que se recibirá. Por esto, no existe información suficiente para saber con certeza con que áreas específicas interactúan los pacientes para finalmente llegar a encontrar ayuda.

Con base en la investigación de Avendaño et al. (1994) se expresa que algunas personas emiten un pedido de ayuda y encuentran diferentes rutas y profesionales para recibir atención a sus demandas; para la presente investigación interesa dirigir la mirada sobre la atención psicológica y principalmente sobre la psicoterapia con enfoque psicoanalítico, entendida como escenario que permite comprender elementos de la profundidad del mundo psíquico interno de las personas por medio de la relación que el paciente entabla con su psicoterapeuta. En los siguientes párrafos se hablará acerca de lo que puede ser una psicoterapia, de algunos enfoques que intervienen en ésta disciplina y de la pertinencia de una psicoterapia con enfoque psicoanalítico.

A continuación, algunas de las definiciones que se encuentran por psicoterapia. Avendaño et al. (1994) mencionan que la “psicoterapia podría entenderse como un proceso dialéctico en el cual, por un lado, se encuentran modelos y paradigmas de carácter general, y por otro, la práctica terapéutica y la vivencia particular de los implicados en ella” (p. 211). Otra definición de psicoterapia la aporta González de Rivera (1990), afirmando que ésta es primordialmente “una relación, es decir, requiere el establecimiento de una comunicación coherente, persistente, y con capacidad de permanencia a través de períodos de separación física.” (p. 250) y añade que “Es además una relación con propósito, esto es, no es ni casual ni incondicional, sino que posee desde su origen una finalidad que la justifica y le da razón de ser” (González de Rivera, 1990, p. 250). Por otra parte, Wolberg (1977) define psicoterapia como:

el tratamiento, por medios psicológicos, de problemas de naturaleza emocional, en el cual una persona entrenada establece deliberadamente una relación profesional con el paciente con el objeto de: a) eliminar, modificar o retardar síntomas existentes, b) mediatizar patrones de conducta perturbados y c) promover el crecimiento positivo de la personalidad y el desarrollo (p. 3).

Es difícil llegar a una definición unificada de psicoterapia, sin embargo las definiciones que se han presentado anteriormente ofrecen un panorama amplio acerca de lo que puede suceder en este escenario; es importante resaltar que estos autores coinciden en que la relación paciente-psicoterapeuta es un elemento fundamental en la definición de psicoterapia, con respecto a la relación paciente-psicoterapeuta, Bernardi, Defey, Garbarino, Tutté & Villalba (2004) sugieren que en el espacio psicoterapéutico se da “una relación profesional que asienta sobre una relación interpersonal. La relación profesional exige roles técnicos específicos y asimétricos, los cuales se sostienen a partir de una relación humana entre personas que están de acuerdo en trabajar juntas”. Ahora bien, habiendo explorado algunas definiciones de psicoterapia, aparece dificultad en dar un concepto consensuado de psicoterapia, sin embargo, hay un factor importante en cuanto a la naturaleza de la relación que se puede establecer en este espacio entre paciente-psicoterapeuta; a continuación, vale la pena ahondar en algunas de las posibilidades de intervención con algunos enfoques particulares, para recoger algunas de sus características y modos de concebir el espacio psicoterapéutico.

Pueden surgir diferentes modos de comprensión y de abordaje de la psicoterapia, esto quiere decir, que no hay un modo único de pensamiento, teoría, técnica y práctica para guiar un proceso psicoterapéutico. Por ejemplo, la psicoterapia sistémica, tiene como objeto de estudio los sistemas de interacción humana. Tales sistemas pueden ser la familia, el individuo, la pareja u otro tipo de organización para la interacción social a nivel micro o macro. El enfoque sistémico dirige su atención al análisis del ser vivo como sistema que interactúa con tres instancias en el

tiempo y como un proceso de interconexión en cambio constante, es decir, que tiene un pasado y un presente que definen los significados de los eventos actuales; asimismo, el futuro en tanto proyección del presente, puede influir sobre los significados del ahora (Zevallos, 1993). El enfoque sistémico dirige su atención a una intervención en los sistemas con el fin de tratar las alteraciones en las interacciones, estilos relacionales y patrones de comunicación humanos. Otro modo de psicoterapia, puede basarse en la perspectiva cognitivo-conductual, que durante el tratamiento psicológico se enfoca en ayudar al paciente a definir objetivos y aplicar técnicas que contribuyan a la modificación de cogniciones distorsionadas y/o conductas disfuncionales que mantienen (o causan) el malestar asociado a los trastornos mentales (Bulbena, Fernández de la Cruz, Fullana & Toro, 2011). De esta manera refiere Bulbena, et al. (2011), que el enfoque cognitivo-conductual se caracteriza por ser más directivo, por centrarse en la modificación de cogniciones y conductas y por sugerir tareas al paciente fuera de sesión que contribuyen a la práctica de habilidades aprendidas.

Son interesantes las posibilidades de comprensión que ofrecen los enfoques, sistémico (Zevallos, 1993) y cognitivo conductual (Bulbena, et al. 2011) ya que por medio de estos, es posible alcanzar un nivel de comprensión profundo respecto a las dinámicas y modos de interacción humana en diversas facetas de la cotidianidad. De igual modo las técnicas y estrategias para la modificación de conductas distorsionadas que producen dificultades en la vida diaria, son útiles e importantes para solucionar dificultades y molestias en cierto nivel, sin embargo, para la presente investigación interesa comprender elementos fundamentales de la relación entre la forma como el paciente muestra su funcionamiento psíquico dentro del escenario psicoterapéutico, y su manera de interacción cotidiana con la realidad según lo narra dentro del escenario psicoterapéutico, es decir, que interesa estudiar y comprender la realidad

psíquica de un paciente a través de la actualización de sus personajes en el escenario psicoterapéutico y como relata en éste espacio que actualiza sus personajes en su cotidianidad. Dada la importancia de las dinámicas transferenciales (actualización de personajes, McDougall, 1994) propias de un caso singular, se considera que las características del enfoque psicoanalítico permiten darle una mirada particular y coherente, de acuerdo a las vicisitudes presentes en el tema de interés, debido a que en la psicoterapia enmarcada teóricamente por el psicoanálisis el concepto de transferencia es fundamental en contraste con otras perspectivas clínicas como las mencionadas anteriormente.

Realizando una aproximación a la psicoterapia con orientación psicoanalítica, Laplanche y Pontalis (2009/1967) en el diccionario de Psicoanálisis, entienden por psicoterapia en sentido amplio “todo método de tratamiento de los desórdenes psíquicos o corporales que utilice medios psicológicos y, de manera más precisa, la relación del terapeuta con el enfermo (...)” (p.324), es decir, la intervención que tiene como fin, por vías psicológicas y apoyándose en la relación que el paciente establece con el terapeuta, ayudar a solucionar elementos de la vida cotidiana del paciente que éste reconoce como displacenteros. De otro modo, Pinkus (1984) propone un acercamiento de lo que podría ser una psicoterapia analítica breve, aunque no descarta su extensión a la psicoterapia psicoanalítica y define ésta como una “técnica de exploración de la personalidad fundada en la teoría psicoanalítica, y que tiene por fin la modificación del sistema de personalidad para transformarlo de “cerrado” a “abierto” (...) y el restablecimiento de un equilibrio emocional (...) dentro de un periodo determinado” (p. 21). Estas definiciones permiten establecer un marco de comprensión general de la psicoterapia psicoanalítica, sin embargo conviene particularizar cuestiones de la misma, enfatizando en la caracterización de la relación que se establece en este proceso terapéutico.

En la relación psicoterapeuta-paciente, se hace manifiesto el hecho de que cada persona trae consigo ansiedades y expectativas frente a lo que puede ocurrir y lograr en este espacio, éstas ansiedades y expectativas propias del inicio psicoterapéutico, tienen correlato con el displacer experimentado por la persona y serán, durante el proceso de evolución clínica, un componente fundamental para tener en cuenta en la psicoterapia psicoanalítica y lograr así efectos positivos sobre la vida del paciente. La relación psicoterapéutica podrá representar para el paciente un espacio propicio para pensar sus propias vivencias, comprenderlas y posiblemente encontrar un alivio a su malestar. En concordancia con lo anterior resulta pertinente realizar un análisis que permita encontrar y describir las relaciones entre lo que sucede dentro de la psicoterapia con enfoque psicoanalítico y cómo esto se correlaciona con lo que comenta el paciente que sucede en su cotidianidad.

Con respecto a la relación psicoterapéutica con enfoque psicoanalítico y al papel que el paciente adquiere en ella, es importante mencionar que la relación psicoterapeuta-paciente, es diferente a otras relaciones médicas y terapéuticas, en las cuales quien atiende (terapeuta), asume un rol activo respecto al tratamiento y quien acude a él (paciente), desempeña un papel pasivo que se limita a recibir asistencia. En dicha relación, es decir, la establecida en el psicoanálisis formal y la psicoterapia con orientación psicoanalítica, el paciente adquiere un rol activo respecto al proceso del tratamiento, la cura y los objetivos propuestos en acuerdo con el psicoterapeuta. Coderch (1990) en *estructuración del acuerdo terapéutico*, explica varios de los elementos fundamentales que en el marco de la psicoterapia psicoanalítica, el analista debe tener en cuenta a la hora de llegar a los primeros acuerdos con el paciente para comenzar el trabajo analítico. En dicho escrito el autor estructura su propuesta alrededor de lo importante que es la claridad por parte del analista y psicoterapeuta de orientación psicoanalítica, a la hora de llegar a

acuerdos claves con el paciente, ya que a fin de construir un espacio que posibilite la mejoría de la angustia del paciente, es fundamental que los dos miembros de la relación terapéutica puedan llegar a acuerdos, en los que ambos se sientan en la capacidad de cumplir; en este sentido, se habla de la importancia del papel activo del paciente a la hora de establecer acuerdos con el terapeuta y participar en la construcción de una relación bidireccional entre él y su analista o psicoterapeuta con orientación psicoanalítica.

Respecto a los elementos fundamentales relacionados con los objetivos del tratamiento terapéutico con enfoque psicoanalítico, Coderch (1987) sugiere que los mismos deben estar siempre orientados hacia “aumentar la comprensión que el paciente tiene de sí mismo, a fin de que éste, pueda utilizar más libremente sus aptitudes y recursos para manejar la realidad que le rodea y satisfacer sus necesidades afectivas, pulsionales y sociales” (p. 171), es decir, que los objetivos de la terapia psicoanalítica no sólo están planteados con el propósito de ayudar al paciente en sus búsquedas y procesos personales, sino que además, se fundamentan en que el paciente pueda aportar herramientas para su propio proceso psicoterapéutico.

En la investigación de Avendaño et al. (1994), se resalta el papel activo del paciente, ya que es quien acude al psicoterapeuta en búsqueda de un espacio en el cual pueda comprenderse y superar angustias, malestares y dolores psíquicos. Es importante reconocer el papel activo que el paciente adquiere en dicho proceso, primero porque es él quien solicita la construcción del proceso, y segundo, porque para posibilitarlo, su participación rigurosa, permanente y comprometida es fundamental.

Si bien por psicoterapia de orientación psicoanalítica se entiende todo método de tratamiento psicológico que busca dar solución a situaciones que el paciente reconoce como problemáticas y que el terapeuta podría catalogar como conflictos psíquicos, utilizando para ello medios

psicológicos en la interacción que se configura entre el paciente y el analista (Laplanche y Pontalis, 2009/1967), y teniendo en cuenta que el paciente acude a psicoterapia para tratar allí elementos propios de su vida cotidiana, se podría pensar que la relación entre lo que sucede dentro de la terapia y lo que sucede cotidianamente en la vida del paciente se da de manera diferente en cada persona, es decir, que cada terapia aunque presenta patrones comunes con otras, es singular e irrepetible puesto que en ella se encuentran dos personas distintas entre las cuales se presenta una interacción que da por resultado una relación particular con un propósito propiamente psicoterapéutico. A saber, la psicoterapia es experimentada por la persona como un escenario, en el cual el paciente logra una representación psíquica de su forma de funcionar fuera y dentro de éste espacio, y se pone en inter-juego una comunicación, a tal nivel, que permite la comprensión de algunas características de la persona y la manera en que ésta funciona tanto fuera como dentro de psicoterapia. Teniendo en cuenta las características de ésta relación, en tanto íntima y única, y que la persona permite conocer aspectos personales, es necesario que el psicoterapeuta se comprometa éticamente con este proceso, ya que las vivencias con el paciente, tendrán un alcance tanto individual como en su entorno. De esta manera el propósito es proporcionarle al paciente herramientas para el auto-conocimiento y que pueda, en cierta manera, aliviar su sufrimiento y profundizar en su comprensión propia.

Es llamativo, pensar el encuentro psicoterapéutico como un espacio propio en el que el paciente se permite comunicar y pensar acerca de sus vivencias y comprender lo que sucede en su vida. Pareciera ser, que esta oportunidad de encuentro, que se brinda por un lado el psicoterapeuta de ofrecer ayuda y por otro el paciente de recibirla, dota de una significación especial a esta relación que, como se dijo anteriormente, es distinta a las demás, pues en otras es difícil encontrarse con elementos propios, al menos con el nivel de profundidad logrado en

psicoterapia con enfoque psicoanalítico; de esta manera, se puede considerar que en psicoterapia con orientación psicoanalítica es posible hacer evidente lo que en la cotidianidad del paciente existe de manera no evidente para él, es decir, sucesos existentes en el diario vivir del paciente se expresan en psicoterapia y esto le permite darse cuenta de lo que sucede en su vida desde otra perspectiva (Laplanche y Pontalis, 2009/1967).

La psicoterapia opera como un micro-espacio en el que el paciente algunas veces refleja su funcionamiento cotidiano, esto es, en terapia se evidencia la manera en que la persona actúa usualmente fuera de ella. Interesa entonces, comprender el modo en que el paciente construye su propia manera de reflejar en terapia, su funcionamiento habitual. A partir de esto la pregunta guía de la investigación y la que se pretende responder es ¿Cómo comprender la realidad psíquica de un paciente a través de la actualización de sus personajes en el escenario psicoterapéutico y en su cotidianidad según dicho lo relata en el proceso de acompañamiento psicológico?

Tras esta primera indagación, que permite el acercamiento al tema de investigación y a los desarrollos esbozados que han guiado el planteamiento de la pregunta, se sugieren las hipótesis que vienen a continuación, para guiar la reconstrucción teórica que servirá como lineamiento para el análisis del presente estudio de caso.

Durante un proceso clínico de orientación psicoanalítica, como lo puede ser el acompañamiento psicológico de la práctica de *Desarrollo y Dolor Psíquico*, se proyecta en el espacio psicoterapéutico, tanto de manera consciente como inconsciente, gran cantidad de personajes con los que diariamente interactuamos con la realidad. Además, en acompañamiento psicológico es posible evidenciar de manera manifiesta personajes internos del paciente que en su cotidianidad están siempre interactuando de manera latente; teniendo en cuenta esto, tras el

seguimiento cercano del proceso del paciente y el análisis riguroso de los protocolos de algunas de las sesiones, se pretende acercarse a comprender la realidad psíquica de un paciente a partir de la relación que se establece entre los personajes o roles que asume el paciente dentro del escenario psicoterapéutico y los que, identificados por medio de su discurso, asume durante la interacción en su cotidianidad.

## Marco Teórico

### *Psicoanálisis, Psicoterapia Psicoanalítica y Acompañamiento Psicológico*

Sin darnos cuenta, y sin comprender los motivos de varios de los personajes internos de nuestro psiquismo, en la cotidianidad intentamos “(...) conseguirles un escenario prometedor, buscando a un personaje adecuado para que interprete su papel, a fin de poder decir, por fin, exactamente lo que pensamos (...)” (McDougall, 1994, p. 15). En el escenario psicoanalítico se pueden recrear situaciones que estos personajes generalmente expresan en el actuar cotidiano de las personas, con la diferencia de que en este espacio el analista ofrece las herramientas para comprenderlas, resignificarlas y posiblemente modificarlas. Lo que posibilita la expresión de estos personajes en la relación psicoterapeuta-paciente es que el psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica comprenden una relación en la que se implican dos personas y tienen una experiencia interna (intrapésica) de sus pensamientos, emociones, fantasías, sentimientos y de su propia individualidad (Coderch, 1990). Ésta experiencia no es observable, es inferible a partir de lo sucedido en la psicoterapia. Es importante recalcar que en esta terapia psicoanalítica hay una relación que establece una experiencia particular para el paciente y en la cual el foco de atención es el mismo, o más específicamente sus procesos psíquicos, y que el terapeuta está presente con el fin de ayudar a la persona a descubrir y explicar lo sucedido en su psiquismo a partir de lo que se construye en conjunto (Coderch, 1990).

Entre el psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica existen diferencias, en cuanto que el primero provoca, con su técnica, la neurosis regresiva de transferencia, la cual es fuente esencial de interpretación y por medio de la cual se logran actualizaciones de los conflictos, las ansiedades, los temores y las fantasías sexuales (Coderch, 1990). A su vez, la psicoterapia psicoanalítica, es una variante técnica del psicoanálisis, en la cual se hace uso de la teoría

psicoanalítica hasta el punto en que el método y la técnica le permiten aplicarlo, por ejemplo, podrá abordar algunos aspectos de la transferencia pero evitará las regresiones profundas (Coderch, 1990). En otras palabras, el psicoanálisis ahondará en lo inconsciente y en los conflictos básicos, mientras que la psicoterapia psicoanalítica se dirige a los conflictos derivados de los conflictos básicos y a atenuar los conflictos psíquicos (Coderch, 1990). Kernberg (citado por Coderch, 1990) afirma que

la psicoterapia psicoanalítica puede definirse como un tratamiento de base de orientación psicoanalítica que no trata, como objetivo, de resolver sistemáticamente los conflictos inconscientes y, por tanto, las resistencias, sino que más bien intenta, solucionar parcialmente algunas resistencias y reforzar otras (...)” (pp. 81-82).

En consecuencia, la psicoterapia psicoanalítica tiene por interés los síntomas y sufrimientos que aquejan al paciente, mientras que en psicoanálisis la mejoría de la sintomatología es consecuencia de la interpretación de lo inconsciente y la transferencia (Coderch, 1990).

Por otra parte, Kernberg (1993), sin desconocer la importancia de la psicoterapia psicoanalítica, reconoce que entre ésta y el psicoanálisis clásico hay grandes diferencias principalmente respecto de tres herramientas básicas de la técnica, según él, como primera medida “la interpretación en la psicoterapia psicoanalítica está restringida a aclarar, confrontar e interpretar los significados inconscientes solamente en el aquí y el ahora, mientras que las reconstrucciones genéticas se reservan para etapas avanzadas del tratamiento” (p. 138), en segundo lugar, menciona que “el análisis de la transferencia en la psicoterapia psicoanalítica se modifica, en cada sesión, para incorporar la atención a objetivos terapéuticos a largo plazo y a los conflictos actuales dominantes de la vida del paciente fuera de sesión” (p. 138) y por último, en tercer lugar, sugiere que en psicoterapia psicoanalítica, “se modifica la neutralidad técnica dado que es preciso estructurar o poner límites en la situación terapéutica” sin embargo añade

que, “ (...) debe ser eventualmente re instalada esclareciendo al paciente por medio de la interpretación, las razones que hubo en su momento para desviarse de la posición neutral” (p. 138).

Teniendo presente las consideraciones anteriores, es de vital importancia tener en cuenta el rol que juega el psicoterapeuta en el transcurso del proceso psicoterapéutico, y para ello es fundamental tener en cuenta el momento del proceso formativo en el que el psicólogo clínico se encuentra, ya que esto influye en las características de la intervención que éste puede aportar a sus pacientes. En el caso del proceso de formación clínica, ofrecida por la facultad de Psicología en la Pontificia Universidad Javeriana a nivel de práctica en pregrado, donde se realiza acompañamiento psicológico; es posible ofrecer un tipo de intervención con acercamiento a la teoría psicoanalítica aun cuando ésta, no sea una aplicación formal del psicoanálisis ni de la psicoterapia. Debido al nivel de conocimientos del psicólogo clínico en formación, el modo de intervención está guiado bajo algunos presupuestos particulares, lo cual, aunque como se dijo anteriormente, influye en las características del tipo de intervención, no supone, por supuesto, algún tipo de carencia o disminución respecto a la calidad del tratamiento, la efectividad del proceso o los lineamientos éticos, legales y morales a los que el paciente normalmente tiene derecho, pues los estudiantes, son constante y rigurosamente supervisados, evaluados y retroalimentados por profesionales expertos en el área clínica de la psicología. Para esta supervisión, el psicólogo en formación lleva a cabo *Protocolos* (Apéndice 1) de cada paciente, los cuales son la fuente de consignación de información pertinente para ser utilizada en este espacio. Dichos protocolos cumplen un papel fundamental dentro de la supervisión, ya que han sido implementados para la estructuración de la práctica como estrategia para el acompañamiento del proceso, para acceder durante la supervisión de manera precisa a la

información rememorada de las sesiones para el seguimiento oportuno de los procesos individuales que adelanta cada estudiante con los pacientes. En este marco, los psicólogos clínicos en formación podrán adelantar aplicaciones psicoanalíticas a las comprensiones e intervenciones relacionadas con fenómenos sociales y culturales, y la modalidad de intervención estaría dirigida a pacientes que pueden atender los estudiantes en formación desde el marco de la estrategia de las prácticas por proyecto propia de la facultad de Psicología en la Pontificia Universidad Javeriana (Gutiérrez, Lastra, Otero, Romero, Torres & Uribe, 2001).

### *Realidad psíquica*

La constitución de una estructura psíquica se da a partir de la organización integrada de todos los elementos del psiquismo y de todas las fuerzas de la vida psíquica, que contribuyen a establecer el funcionamiento del sujeto respecto a sí mismo y de su medio. Coderch (2001) considera la mente como un conjunto de funciones psíquicas que están en continuo movimiento, como resultado de pulsiones, fantasías, emociones, deseos y ansiedades que se ven influenciados por estímulos externos y los del propio organismo, de esta manera, se afirma que toda función revela una estructura de los elementos que intervienen en el psiquismo. Es por esto, que el funcionamiento psíquico se refiere al modo en el que una persona interactúa con la realidad, es decir, a la forma en que la persona construye su realidad mediando sus procesos internos, con el ambiente en que interactúa (Rapaport, 1967); esto es, cómo la persona procesa las características de su entorno y los procesos propios que lleva a cabo, conformándose a sí mismo para interactuar con el medio externo, siendo así constitutivo de una manera singular en la que articula la naturaleza de su mundo interno, con la impuesta por su mundo externo. La realidad psíquica que se va adquiriendo por cada persona a partir del inter-juego entre su mundo interno y

el ambiente que le rodea, puede manifestarse a través de lo que McDougall (1994) denomina personajes internos. El escenario psicoterapéutico comprendido como un espacio micro dentro de la cotidianidad, permite vislumbrar algunos de los personajes internos de quienes acuden a este espacio. A partir de lo mencionado en este apartado, y en concordancia con Berenstein (1994, citado por Etchegoyen, 1995), por realidad psíquica se entiende el “conjunto de vivencias, emociones y representaciones inconscientes, personificadas como objetos, que el yo siente como interiores y reales” (p. 118).

### *Psicoterapia Psicoanalítica y vida cotidiana*

McDougall (1994) afirma que los seres humanos albergan en sí mismos gran variedad de personajes que utilizan variablemente para relacionarse con el mundo externo e interno, aun cuando exista una inmensa contradicción entre ellos. Estos personajes, están en constante búsqueda de una situación cotidiana donde poder interactuar con la realidad; es decir, que “todos nos vemos envueltos en un drama que va desarrollándose a lo largo de nuestra vida y en el cual la trama se muestra siniestramente repetitiva” (McDougall, 1994, p. 11). Es por ello, que:

cada personaje del teatro secreto se compromete (...) a interpretar indefinidamente los papeles del pasado, utilizando técnicas descubiertas durante la infancia y reproduciendo con siniestra precisión las mismas tragedias y comedias, con los mismos resultados y con idéntica cantidad de dolor y placer. Lo que entonces eran intentos de auto-curación ante el dolor y el conflicto psíquico, ahora son síntomas producidos por el “yo” adulto, siguiendo con las mismas soluciones olvidadas infantiles (McDougall, 1994, p. 15).

Los personajes internos que conforman nuestro psiquismo

pueden representarse en el teatro de nuestra propia mente o en el teatro de nuestro cuerpo, o pueden tener lugar en el mundo externo, utilizando a veces como escenario el cuerpo y la mente de otras

personas o incluso las instituciones sociales. También somos capaces de ir trasladando nuestros dramas psíquicos de un escenario a otro en momentos de tensión abrumadores, ya que el “yo” es un personaje polifacético (McDougall, 1994, p. 12).

Las características de los personajes que nos conforman como humanos fueron conformadas en la infancia bajo la lógica con la que los niños funcionan, y en la adultez, se reproducen utilizando el mundo externo, las situaciones sociales, las demás personas y nosotros mismos como herramientas para salir a flote.

En el funcionamiento cotidiano ignoramos la existencia de múltiples personajes internos y el escenario psicoterapéutico-psicoanalítico permite identificarlos y comprenderlos gracias al método de la asociación libre. Estas asociaciones “esenciales para el trabajo analítico, nos permiten descubrir cuántas personas diferentes dentro de nosotros declaran ser yo. Al mismo tiempo, es difícil oír lo que están diciendo las distintas personas, si todas ellas hablan a la vez” (McDougall, 1994, p. 13). Durante la asociación libre, algunos pacientes se resisten a decirlo todo porque

temen encontrarse con sus pensamientos y sentimientos cuando se ven frente a aspectos poco conocidos o inaceptables de sí mismos. Además algunos (...) temen la pérdida de control que trae consigo el hecho de permitir que sus pensamientos salgan a la luz del día; tienen miedo de sentirse confusos o de dar la impresión de estar locos (McDougall, 1994, p. 13).

En la vida cotidiana “preferimos creer que somos juguetes del destino y que estamos obligados a llevar a cabo unas labores ingratas que se presentan a sí mismas como esenciales y a satisfacer unos deseos que no reconocemos como nuestros” (McDougall, 1994, p. 14). Sin darnos cuenta que en realidad quienes actúan son nuestras propias motivaciones aprendidas en la infancia y reproducidas en la adultez actual (McDougall, 1994). “Solamente cuando intentamos recrear las escenas diarias en el escenario psicoanalítico podemos descubrir, para nuestra propia

consternación, que estamos en plena representación, ignorando totalmente, sin embargo, quienes son los verdaderos personajes y de qué trata la historia” (McDougall, 1994, p. 15). Precisamente, uno de los objetivos del psicoanálisis y la psicoterapia con orientación psicoanalítica es recrear, vivir y pensar los personajes que conforman la personalidad, con el fin de comprender la expresión y dinámica por la que los personajes han encontrado en este escenario la posibilidad de expresarse y con ello la posibilidad de encontrar un escenario para el proceso terapéutico.

El escenario psicoterapéutico psicoanalítico permite acercarse a aspectos de la realidad psíquica del paciente, conocer algunos personajes de su mundo interno y la manera como se expresan en el mundo externo, así como su carácter conflictivo, con miras a posibilitar movilizaciones. “(...) con el nombre de psicoterapia analítica se designa una forma de (...) [terapia] basada en los principios teóricos y técnicos del Psicoanálisis, aunque sin realizar las condiciones de una cura psicoanalítica rigurosa” (Laplanche y Pontalis, 2009/1967, p. 324), es decir, que la psicoterapia con dicha orientación es un espacio que busca ofrecer al paciente alivio a los conflictos psíquicos de sus personajes internos utilizando vías psicológicas y algunos elementos del psicoanálisis, pero que, dadas sus características en cuanto al carácter, los medios, fines y formalidades, no se puede equiparar a un tratamiento psicoanalítico como tal.

### *Relación entre psicoterapeuta y paciente*

La psicoterapia es el escenario que posibilita una relación entre dos personas que ponen en juego varios de los personajes que conforman la realidad psíquica de cada uno. La relación que el paciente establece con el psicoterapeuta se caracteriza por contar con gran variedad de movimientos psíquicos tanto de uno como de otro. Uno de los objetivos del proceso psicoterapéutico es brindarle activamente al paciente, por medio de dicha relación, herramientas

para que comprenda y resignifique experiencias dolorosas que fueron anteriormente vividas y que se evidencian en este espacio por medio de “personajes que no son sino partes de nosotros mismos, que a menudo actúan en completa contradicción unos contra otros, provocando conflictos y dolor mental” (Mcdougall, 1994. P. 12)

Es menester de los dos actores que se encuentran en psicoterapia, generar una alianza que permita que el proceso sea exitoso. De esta manera la alianza

(...) se basa en el deseo consciente o inconsciente del paciente de cooperar y en su disposición a aceptar la ayuda del terapeuta para superar sus dificultades internas. Esto no es lo mismo que acudir al tratamiento simplemente para obtener placer o algún tipo de gratificación (Sandler, Dare & Holder 1998/1993, p.42).

Igualmente resulta fundamental la actitud receptora por parte del psicoterapeuta, ya que ante las demandas del paciente, servirá de continente de sus necesidades y podrá posibilitar el establecimiento de la confianza en dicha relación, que será fundamental para el provecho del proceso. Así, “la exploración de la mente como método y el descubrimiento de nuevos significados y conexiones, como fin, deben ser compartidos por el terapeuta y el paciente” (Coderch, 1990, p. 74). Para que se establezca una relación con propósitos psicoterapéuticos, es importante que haya participación del paciente en la psicoterapia, así como del psicoterapeuta, y que haya interés por parte de ambos en descubrir aspectos del acontecer psíquico del paciente, para luego poder entender que no sólo el psicoterapeuta puede lograr esta exploración y conocimiento sobre el paciente, sino que él -el paciente- puede llegar en cierto modo a lograr este análisis sobre él mismo.

En la vida cotidiana, las relaciones humanas son posibles gracias a ciertos acuerdos que se establecen previamente con el fin de brindar a las personas seguridad y estabilidad. En las relaciones fraternales, amorosas y familiares por ejemplo, existen marcos relacionales que

cuando se cumplen, generan certidumbre y confianza. En este sentido, es posible afirmar que el cumplimiento recíproco de reglas y roles, nos permiten saber emocionalmente con qué contamos, qué necesitamos, y por ende, cómo debemos actuar. Así como esto sucede en las relaciones de la vida cotidiana, en la relación clínica, paciente-analista sucede algo similar, pues el llegar a un acuerdo sobre el cumplimiento del encuadre y el respeto de los roles, significa seguridad, estabilidad y confianza en tanto que el paciente y el analista saben con qué cuentan para trabajar y progresar.

### *Transferencia*

El cumplimiento del encuadre potencia el proceso clínico, ya que da cuerpo a la transferencia y le permite al paciente saber que cuenta con el analista. Es por esto, que en la terapia psicoanalítica el encuadre adquiere vital importancia, pues en caso de no ser cumplido se entorpece el proceso clínico, se hace ineficaz la transferencia y se genera inseguridad para el paciente. Se hace importante recordar que

el ser humano repite, de manera inconsciente, modelos de relacionamiento tempranos. Freud dio el nombre de transferencia a este fenómeno. Sin embargo, a pesar de haber descubierto su manifestación en el escenario psicoanalítico, anotó que se trata de un fenómeno universal presente en toda relación humana (Brainsky & Padilla, 2009. P. 223)

Por lo tanto, hay que tener presente que la oportunidad que tiene el psicoterapeuta de señalar la transferencia y el paciente de hacerla consciente en psicoterapia, es condición necesaria para que la persona modifique la manera como se relaciona consigo misma y con los demás (Brainsky & Padilla, 2009). Sin embargo, no hay que perder de vista la puesta en marcha de resistencias por parte del paciente, ya que “(...) las resistencias que se producen en el análisis son una repetición de los hechos que ocurrieron antes en la vida del paciente” (Greenson, 1980, p.126).

Freud (1981/1914) en *Recuerdo, repetición y elaboración* sugiere que la repetición de un paciente está dada precisamente por su imposibilidad de recordar; ante el no recuerdo y su dificultad para ponerlo en palabras, muestra su repetición con el analista en un acto inadvertido para él -el paciente-, lo repite de manera inconsciente sin saber que está repitiendo, como intento de hallar ligadura y de mostrar un contenido inconsciente-olvidado. La repetición se mantiene debido a que el sujeto se resiste a saber y a recordar; gracias a esto se concluye que la repetición es un acto que viene a sustituir al recuerdo, o aún mejor, que la repetición es la manera de evocar el recuerdo de manera inconsciente. Por consiguiente, el paciente en psicoterapia tenderá a resistirse, a generar oposición en favor del proceso, ya que las resistencias son dificultades inconscientes que surgen, agarrándose de elementos de la realidad y aunque en la psicoterapia no se trabaja con elementos inconscientes, esto no limita que las resistencias se activen y aparezcan como defensa a que elementos dolorosos, incómodos o vergonzosos para el paciente se evidencien en sesión. El plantear las reglas y un encuadre claro, posibilitará la actualización de la transferencia, y la posibilidad de la repetición, al mismo tiempo que tenderá a disminuir las resistencias, aunque indudablemente, por más de que el paciente y el psicoterapeuta así no lo deseen, las resistencias se manifestarán.

Reconociendo la importancia del encuadre y la manera en que este posibilita la transferencia, en beneficio de la psicoterapia psicoanalítica, resulta pertinente hacer algunas consideraciones respecto a la transferencia. Freud (1981/1912) en *La dinámica de la transferencia* afirma que las transferencias se hacen masivas al levantar las represiones y al mismo tiempo el momento transferencial se resiste al levantamiento de represiones, esto es, la transferencia es el mayor obstáculo y al mismo tiempo la principal herramienta para poder avanzar. En la transferencia, el paciente desconoce que lo que vive en sesión con el analista tiene que ver con experiencias

pretéritas, entonces, siente y vive cosas con el analista (objeto externo) que tienen que ver en el momento actual con un objeto interno. En ese sentido es posible entender los procesos transferenciales como vías para comprender la relación entre la realidad psíquica del paciente y el modo como éste ubica de modo inconsciente al analista, como objeto externo que permite revivir emocional y simbólicamente experiencias del pasado con otras personas. Freud (1981/1895) en el texto *Estudios sobre la histeria* define la transferencia como un falso enlace, una falsa conexión, que se expresa en la sustitución de una persona del pasado, por una persona actual y algo del pasado, por algo del presente, es decir, una sustitución de persona y de tiempo, lo cual quiere decir que lo que sucede en análisis tiene que ver con el analista al mismo tiempo que no, pues el analista está representando a una persona de otro tiempo que corresponde con el modelo de relación infantil del paciente. Luego, Freud (1981/1901-1905), en el *Epílogo del caso Dora* afirma que la transferencia se refiere a las reediciones de los impulsos y de las fantasías que han de ser despertados y hechos conscientes en análisis, valiéndose de la sustitución de otra persona anterior por la del analista, lo que quiere decir, que hasta ese momento la repetición era de tipo inconsciente. En la transferencia los sucesos psíquicos anteriores cobran vida en la relación actual con el analista. Pueden ser sólo transferencias con sustitución de objetos, con característica de repetición invariada, mientras que hay otras en las que hay cambio de contenido y que posibilita una nueva versión corregida y elaborada. Esto señala que hay algo en el analista, en una particularidad, que conlleva a que el paciente repita sus pulsiones infantiles en la relación con el analista, pero la transferencia no es una mera repetición, sino que aparecen nuevos elementos en cada repetición (Freud, 1981/1912).

Se entiende que la transferencia es una herramienta de suma importancia que le posibilita al psicoterapeuta mostrarle al paciente elementos de relaciones que está reeditando en sesión y

permite que éste pueda entender de mejor manera su funcionamiento, su realidad psíquica y por lo tanto, que adquiera un mayor conocimiento de sí mismo. Sin embargo, se advierte un factor que no se puede perder de vista: la contratransferencia. Racker (1977) adjudica significado central a la contratransferencia, puesto que “es a través de ella que sentimos y podemos comprender lo que el analizado siente y hace en relación con el analista y lo que hace y siente frente a sus instintos y sentimientos hacia el analista” (p. 96). El analista vive la contratransferencia a partir de la transferencia del analizado. A partir de la transferencia del analizando, el analista experimenta emociones, sentimientos y pensamientos que se conectan con aspectos propios de su vida, pero al mismo tiempo el despertar estas sensaciones e ideas es lo que le permite entender al analizando, ya que el analista es puesto por el paciente en un lugar que involucra la dinámica de su psiquismo. Se puede ver, entonces, que la contratransferencia es, por un lado, una herramienta útil para el desarrollo de la terapia, pero por otro, podría transformarse en una dificultad si el analista encuentra complicaciones a la hora de identificarla, pues a partir de la conexión del analista con la transferencia puesta en marcha por el analizando, en primer momento el analista podrá contactarse con aspectos propios para poder entender al analizando, pero en segundo momento según como responda a esta experiencia de la actualización de la transferencia por parte del analizado, el analista podrá emitir una interpretación que no esté sesgada por sus propias experiencias y que más bien corresponda con las necesidades del paciente (Racker, 1977). Así la contratransferencia, permite tocar contenidos propios de la vida del psicoterapeuta que experimenta en la relación con el paciente. La contratransferencia puede ser un elemento de gran utilidad si el psicoterapeuta tiene un buen conocimiento de su propio funcionamiento psíquico, de manera que pueda discriminar los elementos propios de los del paciente y le permita realizar un mejor trabajo terapéutico.

Brainsky & Padilla (2009) explican que las dinámicas producidas tras la relación paciente-analista, es decir, la transferencia y la contratransferencia, se convierten en una de las herramientas principales utilizadas por el analista para comprender los procesos psíquicos del paciente y ayudar al mismo a hacerlos conscientes, para que comprenda sus modelos de interacción con la realidad. Sin embargo, mencionan la importancia de la actitud rigurosa por parte del analista para lograr identificar cuáles de estas dinámicas provienen del paciente y cuáles de sí mismo, ya que durante el transcurso terapéutico, los procesos transferenciales exponen al analista a prestar su mente y su cuerpo, él

“debe vivir el mensaje catastrófico [que proviene del paciente], debe sentir en su cuerpo el temor a morir y sobrevivir. Si se pretendiera entender el mensaje apelando inicialmente al pensamiento verbal la comunicación se vería desnaturalizada y el paciente habría perdido (...) [la] oportunidad (...)”

(Brainsky & Padilla, 2009. P. 224),

en otras palabras, el analista debe establecer con el paciente una relación muy estrecha, en la cual se permita empáticamente la identificación con el paciente con el fin de profundizar en la comprensión del mismo, de lo contrario, en caso de quedarse únicamente con la comprensión posible a través de la comunicación verbal, lo cual además sería superficial en cualquier tipo de relación, la oportunidad del paciente por comprender los significados ocultos en la transferencia sería perdida o por lo menos limitada.

Brainsky & Padilla (2009) recuerdan la importancia de comprender el papel y el lugar del analista en la relación psicoterapéutica. Según ellos, el lugar ideal del analista es aquel llamado el umbral entre la psique y el soma, un espacio intermedio que le permite ayudar al paciente a integrarlos sin tomar partido a priori por ninguno. (...) Si, en cambio de permanecer en el umbral, el analista se inclina hacia el soma, no será analista sino médico; si se inclina por la psique, desatendiendo el soma, estará negando el peligro en que el paciente se encuentra. Este riesgo, que

implica una disociación en la que el analista se alía con la negación del cuerpo y sus necesidades, es más usual en aquellos analistas que son psicólogos. En ambos casos, si el analista incurre en el funcionamiento escindido del paciente le estará negando la posibilidad de finalmente habitar su cuerpo (p. 231).

Es decir, que el analista debe tender a lograr una posición medida entre psique y soma para comprender las dinámicas que en esencia son físicas o, por el contrario, repercusiones somáticas de conflictos psíquicos; de no ser así, no será posible acompañar al paciente por el camino de comprensión adecuada para resignificar y comprender su psiquismo.

## Objetivos

### *Objetivo General*

Comprender aspectos de la realidad psíquica de un paciente a través de la actualización de sus personajes en el escenario psicoterapéutico y en su cotidianidad, según dicho paciente lo relata en el acompañamiento psicológico.

### *Objetivos Específicos*

Construir hipótesis comprensivas sobre el modo en el que el paciente dice que interactúa con el mundo externo.

Construir hipótesis comprensivas sobre el mundo interno del paciente a partir de los personajes que se expresan.

Comprender los principales elementos del modo en el que el paciente utiliza sus personajes para interactuar, repitiendo modos de comportamiento primarios, con personas u objetos en su presente y en situaciones de la vida.

Describir y comprender los personajes y las demandas de los mismos que hacen parte de la realidad psíquica del paciente.

Reconocer algunas de las características del modo en el que el paciente se resiste, de manera inconsciente, a modificar sutilezas frecuentes en su funcionamiento habitual.

## Categorías

### Personajes:

Son intérpretes de una parte del mundo interno de las personas, que a menudo actúan en completa contradicción entre sí provocando conflicto. Muchas veces estos intérpretes son desconocidos por la persona en que habitan y mantienen ocultos los papeles que representan, estando en busca constante de un escenario donde expresarse. Los personajes se pueden evidenciar de dos formas, por un lado asumiendo el rol de narrador en psicoterapia a través del paciente; al personaje que aparece de esta forma se le llamará “Personaje que habla en el escenario terapéutico”. Por otro lado, los personajes se hallarán siendo narrados por el paciente cuando éste se refiere a sí mismo en un momento pasado, a este personaje se le llamará “Personaje del que se habla”; éste personaje pertenece a la cotidianidad del paciente.

### Personaje que habla en el escenario terapéutico:

Se refiere a la actitud, la postura y la carga emocional que ha vivido el paciente en situaciones diferentes y que ahora las hace expresas al psicoterapeuta como una parte de sí mismo, en otras palabras, transfiere modos de funcionar que se actualizan en la realidad del escenario psicoterapéutico y que son provenientes de aspectos internos del paciente. A saber, el paciente transfiere un modo de funcionar con el analista en el que se actualiza una parte interna del mismo, es decir, uno de sus personajes sale a flote y deja escuchar su propia voz en la relación con el psicoterapeuta.

Personaje del que se habla en la cotidianidad:

Se refiere a la actitud y emocionalidad que ha vivido el paciente en su cotidianidad y que se expresan como sucesos externos al escenario psicoterapéutico pero narrados por el paciente en acompañamiento psicológico. El paciente transfiere un modo de funcionar con otras personas, fuera del escenario psicoterapéutico, pero se lo expresa al psicoterapeuta.

*Personaje Autoagresivo:*

Se caracteriza por menospreciarse, despreciarse y/o discriminarse pudiendo adoptar una actitud severa frente a sí mismo.

*Personaje Heteroagresivo:*

Se caracteriza por menospreciar, despreciar y/o discriminar a otras personas pudiendo adoptar una actitud severa frente a los demás.

*Personaje Pasivo:*

Se caracteriza por adoptar en las interacciones sociales, una actitud de minusvalía ante las otras personas y muestra incapacidad para asumir acciones de manera acorde a sus intereses. La responsabilidad de lo que pasa parece estar puesto en los demás, como si no tuviera nada que ver con lo que le sucede.

*Personaje Maternal:*

Se caracteriza por asumir roles de cuidado y protección ante los demás. Sobrepone atención a las necesidades del objeto cuidado ante sus propios intereses.

*Personaje Infantil:*

Se caracteriza por adoptar actitudes impulsivas, inseguras, quejumbrosas, pensamiento concreto y necesidad de dependencia.

## Diseño Metodológico

Esta es una investigación cualitativa, basada en un estudio de caso, donde se comprende la realidad psíquica de un paciente a través de la actualización de sus personajes en el escenario psicoterapéutico y en su cotidianidad, según dicho paciente lo relata en el acompañamiento psicológico. Se toma información consignada en nueve protocolos de sesiones, con una misma persona, durante el proceso de acompañamiento psicológico, que tiene el máximo de duración de un año, lo cual permite el análisis del caso en un momento específico de la vida de una persona. El diseño consta de un método intervenir-investigando (Torres y Escudero, 2011) donde el psicoterapeuta-investigador se considera también participante, en tanto que interviene en el fenómeno que estudia; finalmente por instrumento se utilizarán protocolos.

Teniendo en cuenta los aportes de Stake (1998), para la presente investigación se hizo un estudio de caso con un paciente que acude a acompañamiento psicológico con enfoque psicoanalítico, a fin de construir hipótesis comprensivas acerca de la realidad psíquica del mismo en este escenario. En la presente investigación se presta interés a las experiencias individuales subjetivas del participante, para conocer e interpretar su significado.

Para este propósito se usaron los protocolos como instrumentos útiles para plasmar y recuperar información de lo que sucede en las sesiones de acompañamiento psicológico individual. Es el acompañante psicológico quien por medio de este instrumento logra evocar y hacer una reconstrucción de lo sucedido durante la sesión con el paciente. Según Benítez (2010) los protocolos en psicoterapia individual favorecen el análisis sistemático y la dimensión científica del proceso psicoterapéutico.

### *Participantes*

Se trabajó con una persona mayor de 18 años de edad, de estrato socioeconómico medio de la ciudad de Bogotá-Colombia, que acude al servicio de consultores de psicología en la Pontificia Universidad Javeriana y aceptó de manera voluntaria la participación en este estudio dando su consentimiento informado (Apéndice 2). La persona se seleccionó por muestreo no probabilístico y de tipo intencional.

### *Instrumento*

El instrumento usado es el protocolo (Apéndice 1) el cual consta de los siguientes elementos: siglas del paciente que no permitan identificar su identidad, número de historia clínica con el cual está registrado en consultores de psicología en la Pontificia Universidad Javeriana, número de sesión en la que se realiza el protocolo, fecha en que se tiene la sesión de acompañamiento psicológico con el paciente, se anota si asiste o no a la sesión y en caso de no asistir se informa sobre su ausencia. Este instrumento tiene por funciones favorecer el análisis sistemático y la dimensión científica del proceso psicoterapéutico, en tanto permiten acceder durante la supervisión de manera precisa a la información rememorada de las sesiones para el seguimiento oportuno de los procesos individuales que adelanta cada estudiante con los pacientes (ver Marco teórico pp. 19-20 y Diseño Metodológico p. 35).

### *Procedimiento*

Se propuso una ruta estratégica para el desarrollo de la investigación, en la que se hizo una exploración y acercamiento al tema de interés y se dieron unos lineamientos generales con la idea de tener un marco de referencia, sin embargo, a medida que se fue avanzando en cada uno

de los pasos que se exponen a continuación, se vio necesario ir haciendo ajustes en cada una de las partes en las que se habían realizando avances, esto teniendo presente que la investigación cualitativa implica repensar lo encontrado a la luz del estudio de caso del paciente.

Partiendo de las propuestas metodológicas de Hernández, Fernández & Baptista (2010) y de Strauss & Corbin (2002), para el desarrollo de la presente investigación cualitativa, se propuso un acercamiento de investigación-intervención (Torres y Escudero, 2011) para comprender aspectos de la realidad psíquica de un paciente a través de la actualización de sus personajes en el escenario psicoterapéutico y en su cotidianidad, según dicho paciente lo relata en el acompañamiento psicológico; a partir de esto y teniendo en cuenta los primeros desarrollos teóricos investigados se realizó la justificación de la investigación, se planteó el problema, la pregunta y las hipótesis. Tras realizar una investigación sistemática que tenía como fin profundizar en elementos que dan cuerpo al tema de interés y que alimentó el marco teórico, se planteó el objetivo general y los objetivos específicos, que permitieron identificar el fin de la investigación y estructurar los medios para alcanzarlos, y seguido a ello se consideró importante pensar las categorías a la luz del caso que se estudia, para permitir establecer los focos de análisis, sin perder de vista que pudiesen aparecer otras emergentes.

Queriendo trazar una ruta de trabajo coherente con el interés de la investigación, se estableció el diseño que consta de un método intervenir-investigando (Torres y Escudero, 2011) donde el psicoterapeuta-investigador fue también participante, en tanto que intervino en el fenómeno que estudió; por instrumento se hizo uso de los protocolos, para la investigación cualitativa en un estudio de caso. La selección del participante se dio de manera intencional y no probabilística, debido a que los investigadores propusieron las categorías en correspondencia al participante. La recolección de los datos se dio por medio de nueve protocolos seleccionados de acuerdo a su

riqueza y pertinencia con el tema de investigación. Dichos protocolos, fueron elaborados por el investigador-psicoterapeuta luego de la sesión de acompañamiento psicológico, donde se registra subjetivamente todo lo acontecido en sesión y evocado por él mismo.

Se propuso la organización de los datos en una matriz con categorías que permitieran la articulación entre los datos obtenidos durante la intervención-investigativa, las propuestas teóricas expuestas y el planteamiento del problema. A partir de los datos obtenidos en los nueve protocolos y teniendo en cuenta las categorías configuradas a partir de algunos personajes (autoagresivo, heteroagresivo, pasivo, maternal e infantil) que hacen parte de la realidad psíquica del paciente, la información se organizó en una matriz de doble entrada, en la que se pudieron evidenciar los personajes de dos formas: por un lado como el “personaje que habla en el escenario terapéutico”, es decir, que asume el rol de narrador en psicoterapia a través del paciente, y por otro lado, como el “personaje del que se habla”, el cual pertenece a la cotidianidad del paciente pero se hallará siendo narrado por el paciente cuando éste se refiere a sí mismo en un momento pasado; para hacer esta distinción teórica y práctica para la organización de la información se recurrió a la transferencia del paciente y la contratransferencia experimentada por el terapeuta en el acompañamiento psicológico.

Se efectuó un análisis cualitativo de la información, que permitió un diálogo entre la teoría psicoanalítica y los datos obtenidos en la intervención-investigativa. Se deseó a continuación, siguiendo las propuestas de Corbin & Strauss (2002) que la interacción entre teoría y hallazgos permitiera el surgimiento de nuevas comprensiones teóricas a partir de los datos, en vez de la verificación de la teoría por medio de los mismos. Es decir, que se propone establecer un diálogo interactivo entre la información obtenida durante la construcción del marco teórico y la adquisición de datos recolectados en los protocolos. Con el fin de constituir comprensiones

teóricas coherentes con la realidad del escenario terapéutico del que se abstrae la información, fue necesario considerar las particularidades del investigador-psicoterapeuta propias de este tipo de investigación y contexto, donde el investigador resulta ser también participante ya que el terapeuta-investigador se involucra como agente en la visión interna de los fenómenos y procesos que estudia, aprendiendo así, no sólo de la observación que hace sino del trabajo mismo que ejecuta (Torres y Escudero, 2011).

## Resultados

### Personaje Autoagresivo

#### *Personaje que habla en el escenario psicoterapéutico.*

##### Sesión 5:

A través del personaje Autoagresivo que se presenta dentro del escenario psicoterapéutico, es posible identificar que la paciente presenta una culpa constante frente a las demás personas ya que piensa que no puede evitar inmiscuirse en la vida de los mismos, considera además, que dicha actuación se encuentra inmersa en ella y de tal modo la solución que busca ante esto es morir (ver Apéndice 14).

##### Sesión 9:

En la paciente se puede visualizar un gran desinterés y desarraigo por la vida misma, no encuentra motivos, ni razones a diferencia de las otras personas que puedan generar gusto por su existencia, paralelamente victimiza su condición al ser una persona que se mueve en la tristeza y el mal que le aqueja cotidianamente (ver Apéndice 16).

##### Sesión 25:

La paciente evidencia una situación en la que la familia está enferma y por ello considera que la misma está mal de una manera apresurada y despreciativa, incluyéndose ella dentro del mismo padecimiento sin tomar una posición alterna (ver Apéndice 19).

##### Sesión 30:

La paciente da cuenta de una diversidad de sentimientos y emociones hostiles frente a su vida, por un lado considera que ésta no tiene ningún valor debido al daño y destrucción que ella contiene y en consecuencia expresa a los demás; por otro lado teme al pensar que podría morir

aun cuando su deseo latente da cuenta de esto; paralelamente considera que ha sido asechada por el mal junto con su familia, pero se muestra como víctima (ver Apéndice 20).

*Personaje del que se habla.*

Sesión 4:

La paciente da cuenta de sí misma en su cotidianidad como un personaje con poco conocimiento e información de una situación, el cual referencia de un modo despectivo y subestimante (ver Apéndice 13).

Sesión 9:

Por otro lado, la paciente se describe como un personaje que tuvo que sobrellevar la carga laboral mientras que simultáneamente criaba a sus hijos, menciona que otras personas le ayudaban a cuidarlos, y además que éstas mismas tienen opiniones negativas de ella, ante esto, el personaje explica que está mal porque su familia también lo está (ver Apéndice 16).

Sesión 12:

Se hace referencia a un personaje que parece estar agobiado por la realidad que le asiste, menospreciando su acontecer, su ser en sí mismo, pues este se designa en el mal constante (ver Apéndice 18).

Personaje Heteroagresivo.

*Personaje que habla en el escenario psicoterapéutico.*

Sesión 3:

La paciente expresa un malestar frente a diferentes figuras masculinas referidas en su vida, dando cuenta de sensaciones repulsivas y despreciables hacia los mismos. Por tanto contempla

un desprecio por el terapeuta al ser hombre pues es asociado con la figura que ha trasgredido su vida. Mientras se expresa y refiere a éstas figuras masculinas, el personaje muestra agresión en su tono y las palabras que utiliza (ver Apéndice 12).

#### Sesión 4:

La paciente referencia que su familia se encuentra en condiciones poco favorables, determinando que se encuentran mal (ver Apéndice 13).

#### Sesión 9:

La paciente da cuenta de un temor y una gran prevención hacia la figura masculina, considera que aún cuando los hombres sean cercanos o no, pueden ser amenazantes. Siendo ésta su apreciación y consejo para la vida de los otros (ver Apéndice 16).

#### Sesión 11:

La paciente describe a su padre manifestando que la forma de relacionarse con él es problemática, paralelamente precisa que en general su entorno es un problema y se posiciona como la mártir (ver Apéndice 17).

#### Sesión 12:

La paciente cuenta al terapeuta de manera fuerte y agresiva, cómo se relaciona con los otros, cuenta que actúa caracterizándose por la rigidez y dureza al hablar, pues considera que si habla de manera suave no le pondrán atención y omitirán lo que ella manifieste, de tal modo se denota fuerte en medio de su vulnerabilidad; asimismo, habla de un sujeto con una actitud agresiva y poco cortés lo cual evidencia un trato hostil por parte de los otros hacia ella; el medio y las condiciones en las que se mueve la paciente están rodeadas de adversidad, el tono en que se expresa la paciente es fuerte y agresivo, refiriéndose al terapeuta de modo desfavorable (ver Apéndice 18).

Sesión 25:

La paciente enuncia como la relación con sus hermanos se torna más calmada en la medida que se distancia y evita pelear con los mismos, aun cuando considera que los problemas son constantes en el tiempo y su realidad los contempla de sobra (ver Apéndice 19).

Sesión 30:

La paciente manifiesta angustia ante las actitudes cotidianas de su padre, también teme llegar a un estado en el que no pueda controlarse y tengan que amarrarla por su agresividad hacia otros y declara que prefiere morir antes de vivir en ese tipo de condiciones; ella cuestiona de modo desafiante la ayuda que le pueda prestar el doctor, pues evidencia poca claridad en el beneficio del servicio que se le presta (ver Apéndice 20).

*Personaje del que se habla.*

Sesión 3:

La paciente evidencia un personaje grosero y agresivo ante la ayuda de las otras personas en una circunstancia precaria, los insulta y agrede verbalmente (ver Apéndice 12).

Sesión 4:

Se representa un personaje superior, con mayor conocimiento y pericia ante las erróneas actuaciones de los otros, designándolos como incompetentes (ver Apéndice 13).

#### Sesión 5:

Se habla de un personaje que contiene rabia, furia, designándose como una fiera que no logra controlarse y descarga su malestar con insultos y malos tratos hacia los demás, paralelamente se victimiza considerando que debe morir por el tipo de persona que es y lo que genera al mundo (ver Apéndice 14).

#### Sesión 7:

El personaje que se observa en esta sesión, recurre a la constante queja de las actuaciones del hermano, pues este critica el tipo de programas que ven, esto para el personaje es molesto y responde de modo arrogante, descortés y humillante ante la condición física y circunstancial del hermano, menospreciándolo por ser flaco y fumar tanto (ver Apéndice 15).

#### Sesión 9:

La paciente retrata un personaje entrometido en las actuaciones del hermano, además dicho personaje usa un lenguaje fuerte y poco amable para manifestar lo que piensa, es así como se muestra conflictivo y arrogante (ver Apéndice 16).

#### Sesión 11:

En el personaje que aquí se evidencia, está presente un tono fuerte, hostil y grosero que utiliza para lograr ser escuchado, pues refiere que lo que dice es omitido o invalidado (ver Apéndice 17).

#### Sesión 25:

El personaje refiere una actitud de asombro frente al desarraigo material de otro pues considera inaudito que espere vivir sin algún bien material, denominándolo loco (ver Apéndice 19).

### Sesión 30:

La paciente referencia un personaje interesado por cumplir y serle puntual al terapeuta, por tanto es autoritaria y rígida ante el trato con su nieta pues debe mantener el control sobre ella (ver Apéndice 20).

### Personaje Pasivo.

#### *Personaje que habla en el escenario psicoterapéutico*

### Sesión 11:

La paciente, frente al terapeuta, reitera un estado constante negativo de ella junto con otras personas, lo cual indica que se encuentran mal en diferentes circunstancias y no hace nada al respecto más que identificarlo y enunciarlo, paralelamente el personaje le manifiesta al terapeuta que no siente muy bien la relación de ellos mostrando una queja ante el proceso sin ninguna actitud propositiva (ver Apéndice 17).

### Sesión 12:

Mientras habla con el psicoterapeuta, la paciente presenta una actitud conformista y resignada ante las situaciones de la vida ya que prefiere morir antes de tener que vivir una circunstancia bastante compleja, no considera que exista forma o medio de generar una realidad distinta más allá de lo que pueda sugerir un especialista, así mismo el personaje se sume a las ideas y decisiones que tenga el terapeuta para con su vida, por lo tanto no concibe que sus actuaciones particulares puedan generar transformación. La paciente se siente atacada y recriminada por su hermano, posicionándolo como el generador de conflicto aun cuando dan cuenta que es ella la problemática, de tal modo se denota como un ser que recibe la agresión; el terapeuta es visto también como la fuente de recriminación y escarnio (ver Apéndice 18).

### Sesión 25:

Durante la conversación en el escenario psicoterapéutico, la paciente le otorga el valor a lo que otros y, en caso particular, a lo que el terapeuta piense; se muestra inocente y sin conocimiento ante lo que puedan decir, generando un estado de espera y expectativa ante el mismo (ver Apéndice 19).

### Sesión 30:

En sesión, la paciente se encuentra a la espera de lo que el terapeuta haga por ella, poniéndole sobre la mesa la situación de L, designándole naturalmente la responsabilidad de hacer algo con ella sin sugerir nada al respecto, es para el personaje cómodo estar en un estado neutral donde no emita idea alguna más allá de lo que pueda recibir (ver Apéndice 20).

### *Personaje del que se habla.*

#### Sesión 3:

La paciente da cuenta de sí misma en un momento pasado como un personaje martirizado que ha soportado cuanto situación se ha presentado en su vida de modo silencioso y consumidor del dolor e impotencia al no actuar ante las diversas circunstancias, mencionando una particularidad, sus hermanas han tenido respuesta distinta ante las adversas vivencias. Paralelamente el personaje se encuentra inmóvil ante las apreciaciones de los otros, ya que recibe todo lo que estos le dicen sin depuración o reflexión alguna, por tanto puede no estar de acuerdo pero su actitud es pasiva (ver Apéndice 12).

#### Sesión 4:

Se evidencia un personaje que ve en los otros poco interés y movilización por el cuidado de su padre, en tanto son sujetos descomprometidos que descargan toda la responsabilidad sobre el

personaje, el cual no hace nada para generar unas dinámicas diferentes que evidencien la repartición de cargas ante el cuidado del padre (ver Apéndice 13).

#### Sesión 5:

El personaje se muestra desconcertado ante el tipo de figuras masculinas que han rodeado su vida, las considera desagradables por las condiciones en las que se han visto envueltos, así mismo enuncia una repulsión ante su hermano lo asemeja al mal olor que desprenden las cajas de huevos que había puesto en casa, enunciándolo como un sujeto abusivo (ver Apéndice 14).

#### Sesión 7:

La paciente presenta un personaje distante de los demás debido al trato que recibe, el modo que le hablan y se expresan al solicitarle algo, de tal manera el personaje prefiere retirarse antes de comentar lo que piensa al respecto, considerándose incapaz e inhabilitado para hacer o decir algo al respecto (ver Apéndice 15).

#### Sesión 11:

Se evidencia un personaje con poca iniciativa y motivación ante ciertas situaciones, lo que no hagan los otros sujetos no se llevara a cabo generando en el personaje un descuido y despreocupación por lo que ocurra pues no se siente responsable, retratando razones que lo eximan de su falta de acción; no obstante el personaje ve a su hermana como una fuente de problemas (ver Apéndice 17).

#### Sesión 12:

Se describe un personaje expectante de las situaciones, siendo un actor que se encuentra en presencia pero no en vivencia, de tal modo la paciente considera que dicho personaje está absuelto de cualquier actuación de los otros, considerando que son éstos quienes generan los problema y la recriminan a ella descargando la responsabilidad de la discordia en el modo de

actuar, pensar y hablar del personaje. Este personaje se determina como un ser indiferente, desatendido, poco posicionado ante la expresión de sus ideas y temeroso de las acciones de los demás, permitiendo una vez más que las cosas tomen el curso que otros deseen así ella no esté de acuerdo (ver Apéndice 18).

#### Sesión 25:

La paciente muestra situaciones relacionadas con su familia en las cuales ella no tiene un papel activo, sino que más bien sus respuestas son con base en lo que los demás le diga, o hagan o dejen de hacer, mas ella no asume un papel responsable y activo ante sus actos (ver Apéndice 19).

#### Sesión 30:

La paciente da cuenta de un personaje preocupado por la situación con su hermano y L pero no sabe cómo responder y manejarlas, se siente invadida por la duda e incertidumbre de lo que podrá pasar ante las problemáticas con los mismos. Este personaje ve en su hermano la inhibición de acciones, un sujeto conchudo y poco responsable (ver Apéndice 20).

### Personaje Maternal

*Personaje que habla en el escenario psicoterapéutico.*

#### Sesión 30:

La paciente evidencia una preocupación por el bienestar del terapeuta, concibiéndolo como alguien cercano e indefenso, sugiriendo un cambio de roles, donde la paciente adopta la posición de cuestionamiento y atención ante las necesidades del terapeuta (ver Apéndice 20).

*Personaje del que se habla.*

Sesión 5:

El personaje se manifiesta como una fuente de autoridad ante lo que debe hacer o no otra persona, espera que ésta responda a las indicaciones o reglas que suscite ella, paralelamente la paciente da cuenta de un personaje descontrolado ante el mal trato que recibía un niño, no obstante contempla un instinto de protección, cuidado y resguardo por un niño al ser este indefenso y vulnerable, se siente agredido el personaje en el momento que presencia situaciones hostiles para los niños (ver Apéndice 14).

Sesión 9:

Se evidencia un personaje conmovido por el cuidado de sus padres, contemplándolos como seres débiles y desfavorecidos por su condición, además el personaje retrata una desconsolación por el trato que recibe el perro siendo éste un ser vivo que merece un cuidado respetuoso y adecuado. La paciente se representa como una fuente protectora, pues visibiliza, identifica y anuncia cualquier centro de peligro para la niña que cuidaba, generando medios de alerta que resguarden el bienestar de la niña (ver Apéndice 16).

Sesión 12:

Se observa un personaje inquietante por el bienestar de su madre, sin recursos o formas claras en ocasiones para una acción precisa y adecuada (ver Apéndice 18).

Sesión 25:

La paciente referencia un personaje conmovido por las precarias condiciones que deben soportar sus padres, los describe con lástima y pesar al ver que se encuentran desvalidos, es así como adquiere un rol de acompañante y cuidador en medio de la compleja situación; asimismo el

personaje espera que su hijo sea un buen padre, portador de atención, amor y cuidado hacia su futuro hijo ya que es algo que le inquieta y preocupa (ver Apéndice 19).

#### Sesión 30:

El personaje describe de modo desgarrador y hostil el suceso que vivió su hijo, encontrándose en una situación riesgosa, y ella con preocupación e inquietud ante el estado de salud de él (ver Apéndice 20).

Personaje Infantil.

*Personaje que habla en el escenario psicoterapéutico.*

#### Sesión 3:

El personaje, respecto al terapeuta, presenta inseguridad al tomar decisiones, no siente certeza ni claridad alguna más que asumir lo que otros le soliciten o sugieran, de tal modo soporta las situaciones que otros decidan sobre ella, piensa por momentos escapar en específico de su casa para poder evadir el malestar pero se encuentra con la misma realidad que le acompaña internamente. La paciente se asombra de que un adulto se deje manejar de un niño de tal modo se evidencia el personaje que permite que su niño interno se manifieste, y maneje o module el adulto externo que lo configura. Paralelamente su modo de protección es el trato hostil y el lenguaje soez hacia las personas por las que se siente agredida, adoptando una actitud fácil y poco práctica; por tanto, no hay racionalización de las situaciones ni elementos precisos para responder ante las mismas, y por tanto acude a consulta con el fin de quejarse de estos sucesos en su vida ante el terapeuta (ver Apéndice 12).

#### Sesión 4:

La paciente revela una actitud de cuidado ante su padre el cual se presenta como un ser indefenso y desvalido, paralelamente espera que el terapeuta la acompañe y cuide pues se siente desprotegida ante la situación (ver Apéndice 13).

#### Sesión 5:

La paciente da cuenta de una inconformidad ante las figuras masculinas que han estado en su historia; asimismo, se muestra dependiente de conocer y presenciar la vida de los otros aun cuando es rechazada (ver Apéndice 14).

#### Sesión 7:

La paciente da cuenta de la necesidad que declaran los otros por ella para que supla las situaciones o cuidados que puedan requerir sus padres o los niños, el personaje le manifiesta al terapeuta su necesidad ante su acompañamiento y servicio, de tal modo se excusa por sus llegadas tardes pero se muestra vulnerable y requiere ser acogida, comprendida y guiada como un ser inocente (ver Apéndice 15).

#### Sesión 9:

La paciente evidencia angustia al no saber cómo actuar ni cómo responder a las diferentes situaciones, se siente desamparada por lo cual espera que el terapeuta adopte el papel de padre y no la deje desvanecer en medio de la tristeza, la duda y la inseguridad (ver Apéndice 16).

#### Sesión 11:

La paciente siente que se encuentra en un proceso difícil que se asemeja al de la niñez donde perdía las cosas con facilidad, era dispersa, poco atenta, insegura al actuar, con amplias probabilidades de error; asimismo, el personaje llama la atención resguardándose en el llanto

como un ser indefenso que requiere consolación. Posteriormente le manifiesta al terapeuta un signo de ayuda, solicitando respuesta a las necesidades que la agobian (ver Apéndice 17).

Sesión 25:

El personaje retrata un pensamiento fantasioso y mágico en medio de sus sueños que al ser expuestos en su realidad consciente tornan agradables; de tal modo, la paciente manifiesta un deseo por escapar de su mundo, paralelamente espera que el terapeuta aclare sus pensamientos, configure un esquema que dé cuenta de la persona que ella es, ya que no se contempla claramente (ver Apéndice 19).

Sesión 30:

La paciente manifiesta inseguridad y duda ante el modo de actuar frente a sus situaciones; le sugiere al terapeuta que la guíe y en cierto modo se haga responsable, pues siente que no podrá soportar esto en su vida y continuar con el proceso si no es él quien la atiende, es así como se evidencia una dependencia y manipulación en la relación (ver Apéndice 20).

*Personaje del que se habla.*

Sesión 3:

El personaje manifiesta un deseo por escapar y apartarse de las adversas situaciones que vivía cuando niña, se sentía desprotegida y desconsolada pero al irse se da cuenta que su condición continua siendo la de un personaje vulnerado a pesar de encontrarse en un hogar diferente (ver Apéndice 12).

#### Sesión 7:

Se presenta un personaje desvalido físicamente, el cual no presenta una reacción satisfactoria ante el medicamento que permitirá realizar la cirugía, lo cual da cuenta de un personaje inseguro por su misma sensación de debilidad (ver Apéndice 15).

#### Sesión 9:

La paciente da cuenta de un personaje débil, temeroso, el cual solicita ayuda y cuidado ante una situación; paralelamente el personaje considera que es recriminado por los otros, siendo reprendido por sus actuaciones posicionándolo en un distanciamiento para evitar ser regañado (ver Apéndice 16).

#### Sesión 12:

Se retrata un personaje vulnerable y susceptible de contraer una enfermedad debido a la herencia genética de los padres; ha revelado algunos síntomas que considera que se ajustan a una posible enfermedad de memoria, evidenciando un personaje indefenso ante el mal físico junto con sus hermanas (ver Apéndice 18).

#### Sesión 30:

El personaje manifiesta preocupación y angustia por el estado de salud de su padre, conmovida por la situación y llena de impotencia como una infante (ver Apéndice 20).

#### *Análisis general de los nueve protocolos con respecto a los personajes en las diferentes sesiones*

En los protocolos utilizados para realizar el presente trabajo se evidenció la presencia de personajes como el autoagresivo, el heteroagesivo, el pasivo, el maternal y el infantil. Durante las sesiones de acompañamiento psicológico con la paciente que participó en la investigación, es posible ver que algunos personajes aparecen con mayor relevancia que otros, y que su aparición

varía dependiendo del lugar en el que se expresan, es decir, que algunos personajes más que otros, se apoderan de la palabra en el espacio psicoterapéutico y otros se hacen más explícitos en la cotidianidad del paciente (ver Apéndice 21).

El personaje autoagresivo aparece tanto fuera como dentro del escenario psicoterapéutico, sin embargo aparece con mayor vehemencia dentro que fuera de éste, lo cual hace pensar, en tanto el escenario psicoterapéutico es un espacio donde el paciente puede hablar principalmente sobre sí mismo, que dicho personaje sobresale cuando la paciente se refiere a sí misma. Adicionalmente a lo anterior, es posible ver que el personaje autoagresivo que habla dentro del escenario psicoterapéutico se evidencia sólo a partir de la quinta sesión, lo cual permite pensar que requiere de cierto nivel de confianza con el interlocutor para aparecer.

Junto con los personajes infantil y pasivo, el heteroagresivo es uno de los que más se presenta y es el único que se presenta con igual relevancia tanto fuera como dentro del escenario psicoterapéutico, esto podría indicar que probablemente dicho personaje hace parte constitucional del funcionamiento psíquico del paciente. El personaje heteroagresivo frecuenta el discurso del paciente y también se apodera del mismo, además, a menudo, cuando éste personaje es narrado en el discurso del paciente, es también narrador del mismo, lo cual hace evidente que acceder a un recuerdo en el cual la paciente fue agresiva despierta el mismo modo de funcionar.

El personaje pasivo tiene gran incidencia en los protocolos seleccionados, y se presenta constantemente, priorizando su expresividad fuera del escenario psicoterapéutico más que dentro del mismo, es decir que éste personaje es frecuentemente narrado, pero eventualmente narrador del discurso en psicoterapia, se piensa que esto puede deberse al tipo de transferencia que se produce frente al terapeuta. A través del discurso en psicoterapia, es posible ver que éste personaje se presenta en la cotidianidad del paciente con actores de su entorno como lo son las

personas de su familia, lo cual permite inferir que probablemente éste modo de funcionar puede provenir de las relaciones familiares y se originó tempranamente en el núcleo familiar.

Aunque se presenta en algunas de las sesiones, el personaje maternal aparece en contadas ocasiones. Salvo por un solo comentario dentro de las sesiones seleccionadas para realizar el trabajo en el cual éste personaje aparece dentro del escenario terapéutico, se encuentra que con mayor facilidad se expresa en la cotidianidad del paciente. Éste personaje se evidencia principalmente en situaciones en las cuales el paciente interactúa con sus hijos, sus padres, o en situaciones en las cuales está implicado un niño pequeño.

El personaje infantil es el personaje del cual se puede abstraer más información, se observa que se presenta mucho más a menudo como narrador que como parte de la historia, es decir, que se encuentra más en el escenario psicoterapéutico que en la cotidianidad del paciente, si se piensa al psicoterapeuta como una figura de autoridad, lo cual es coherente con el lugar que frecuentado por el personaje maternal (en tanto que éste por su parte, solo se evidenció una vez como narrador), es posible inferir que el personaje infantil aparece principalmente frente a figuras de autoridad, que tienen reconocimiento social y que asumen un rol estable.

## Discusión

A continuación, habiendo presentado los resultados y el análisis de los mismos, se plantea un diálogo a través de los avances teóricos encontrados y los hallazgos obtenidos en la presente indagación, teniendo en cuenta los objetivos planteados y la pregunta de investigación con el propósito de que surjan nuevas comprensiones con base en el estudio del caso. En primer lugar, se hablará acerca de los personajes que conforman la realidad psíquica de la paciente-participante con la intención de contribuir a la comprensión de las hipótesis expuestas más adelante en la discusión. En segundo lugar, se realizará el diálogo entre los avances teóricos y hallazgos de la indagación y finalmente se hablará acerca de las conclusiones del presente trabajo y sugerencias para próximas investigaciones relacionadas.

Si bien Mcdougall (1994, Ver Marco teórico P. 20) afirma que es posible acceder y comprender la realidad psíquica de un paciente a partir de la forma como dentro del escenario psicoterapéutico se evidencian sus personajes internos, en tanto que estos, se han configurado progresivamente a lo largo de la vida de la paciente a través del inter-juego entre su mundo interno y el ambiente que lo rodea, es decir, que los personajes internos evidenciados en el ahora del proceso psicoterapéutico, revelan características de procesos pasados del paciente. Con base en esto, se realiza una descripción de algunos de los personajes que conforman la realidad psíquica de la paciente-participante y de las dinámicas en torno a los mismos que responden a objetivos de la presente investigación.

Uno de los personajes hallados es el autoagresivo, el cual se caracteriza por menospreciarse y/o discriminarse pudiendo adoptar una actitud severa frente a sí mismo, en el caso de la paciente-participante, es posible ver que este personaje, pese a que se evidencia tanto fuera como dentro del escenario psicoterapéutico, su presencia es más notoria dentro que fuera de éste (Ver

resultados P. 53). Pensando lo anterior en términos transferenciales y entendiendo al psicoterapeuta como una figura de autoridad, es posible afirmar que dicho personaje busca la posibilidad de menospreciarse y ser severa frente a sí misma por medio de la interacción ante éste tipo de figuras, representantes de su mundo interno.

También se identificó el personaje heteroagresivo, el cual se caracteriza por menospreciar, despreciar y/o discriminar a otras personas pudiendo adoptar una actitud severa frente a los demás, este personaje frecuenta el discurso de la paciente pero también se apodera del mismo, es decir que se evidencia tanto fuera como dentro del escenario psicoterapéutico (Ver resultados P. 54). En los resultados también se mencionó que éste personaje se apodera de la palabra del paciente cuando simultáneamente es parte de la historia, o en otras palabras, cuando la paciente-participante accede a recuerdos en los que ha sido heteroagresiva se activa un estado afectivo coherente con el contenido del discurso. Se afirma que esto puede deberse gracias a que el nivel de confianza de la relación paciente-psicoterapeuta es lo suficientemente fuerte para que lo dicho por la paciente-participante en el escenario psicoterapéutico sea genuino.

También se evidenció el personaje pasivo, el cual se caracteriza por adoptar una actitud de minusvalía ante las otras personas, mostrándose con dificultad para asumir acciones acorde a sus intereses y haciendo parecer de esta manera que la responsabilidad de lo que pasa está puesta en los demás; aparece mucho más como parte del discurso de la paciente-participante que como narrador del mismo (Ver resultados P. 48), es decir, que se evidencia con mayor frecuencia fuera que dentro del escenario psicoterapéutico; esto se considera como un elemento positivo tanto de la actitud de la paciente frente al acompañamiento psicoterapéutico, como ante el proceso mismo, pues pese a que la actitud pasiva configura gran parte del psiquismo de la

paciente, en el proceso psicoterapéutico la paciente asume una actitud activa frente a la misma, haciendo que éste esté caracterizado por el compromiso mutuo y el cumplimiento del encuadre.

Igualmente el personaje maternal es un personaje importante y se caracteriza por asumir roles de cuidado y protección ante los demás, se expresa principalmente fuera del escenario psicoterapéutico, en la cotidianidad de la paciente y en relación con familiares y personas indefensas (Ver resultados P. 54). El hecho de que la paciente en algunas situaciones despliegue actitudes cuidadoras y continentales ante los demás, permite matizar y transformar el tono afectivo conflictivo y doloroso que en ocasiones agobia a la paciente. Se piensa por lo tanto, que pese a que la paciente ha expresado quererse morir (Ver Apéndice 21) existe en su mente una alternativa, una opción para vivir a través de la actitud y realidad maternal.

El último personaje que se identifica es el infantil y es caracterizado por adoptar actitudes inseguras, quejumbrosas y dependientes, es el personaje que más se evidencia a través del escenario psicoterapéutico, sin embargo se expresa más como narrador que como parte de la historia, lo cual, como fue mencionado en los resultados (ver resultados P. 54) puede explicar en términos transferenciales que se evidencia frente a figuras de autoridad como el psicoterapeuta. El hecho de que se presente con mayor vehemencia frente al terapeuta que frente a otras figuras de autoridad pertenecientes a la cotidianidad de la paciente, se considera como un elemento positivo en tanto que permite pensar que el proceso psicoterapéutico ha logrado trasladar modos de funcionar conflictivos de la cotidianidad al escenario psicoterapéutico, donde existe la posibilidad de comprenderlos y donde no implican efectos adversos para la paciente en tanto que están controlados, enmarcados por el encuadre y supervisados tanto por el psicoterapeuta como por el supervisor de la práctica.

Durante el proceso psicoterapéutico con la paciente-participante y la construcción del trabajo, fue posible evidenciar el hecho de que el psiquismo humano está conformado por varios personajes que constituyen la realidad psíquica, dichos personajes interactúan con la realidad de manera diferente, surgen en distintos momentos e incluso en ocasiones se contradicen entre ellos. En este sentido se encuentra coherencia con los planteamientos de McDougall (1994) en los que afirma que los seres humanos albergan gran variedad de personajes que utilizan para interactuar con el mundo; según la autora, estos personajes están en constante búsqueda de una situación cotidiana donde puedan interactuar con la realidad; es decir, que “todos nos vemos envueltos en un drama que va desarrollándose a lo largo de nuestra vida y en el cual la trama se muestra siniestramente repetitiva” (McDougall, 1994, p. 11, ver marco teórico P. 20). Durante el proceso de estructuración y análisis de resultados, fue posible confirmar la idea anterior, pues la repetición evidenciada sesión tras sesión no abarca únicamente al personaje que aparece frecuentemente en diferentes situaciones cotidianas, sino también el contenido y forma del tipo de interacción, o en otras palabras, no sólo se repite el personaje sino también la trama de la puesta en escena del mismo.

A partir del análisis de los resultados es posible ver que no todos los personajes aparecen con igual frecuencia ni de igual manera, su aparición varía dependiendo del lugar en el que se expresan, en ocasiones es posible ver personajes utilizando la palabra dentro del escenario psicoterapéutico, y otros por su parte se pueden evidenciar principalmente a través del discurso como parte de la cotidianidad de la persona. Si bien, con algunos roles utilizados por la paciente para interactuar con la realidad, existe coherencia entre la actualización de personajes dentro del escenario psicoterapéutico y la utilización de los mismos en la cotidianidad, es decir, que en algunos momentos del proceso psicoterapéutico es clara la transferencia, en otros no lo es, pues

también hay personajes a los que principalmente se ha podido acceder a través del discurso de la paciente, hay personajes de los que se tiene noticia porque la paciente habla de ellos, pero que no se apoderan de la misma manera del discurso dentro del escenario psicoterapéutico (Ver Apéndice 21).

Lo anterior muestra en principio que, la transferencia dentro del marco psicoterapéutico permite actualizar principalmente ciertos modos de comportamiento, sólo los que encuentran en el terapeuta, dadas sus características, una figura sustituta que representa un objeto pasado; sin embargo, esto muestra también en concordancia con las ideas de Coderch (2001) que la estructura psíquica se da a partir de la organización integrada de todos los elementos del psiquismo y de todas las fuerzas de la vida psíquica, que contribuyen a establecer la realidad psíquica del sujeto (Ver marco teórico P. 19) , es decir, que en el caso de la paciente-participante del presente trabajo, tanto los personajes y tramas coherentes dentro y fuera del escenario psicoterapéutico, como los personajes que sólo se evidencian en alguno de los dos escenarios y la relación entre ambos, constituyen la realidad psíquica de la paciente y permiten, en tanto conflictivos y/o contradictorios, evidenciar en cierto nivel la conflictiva psíquica inherente a todo ser humano.

Siguiendo a Rapaport (1967) el funcionamiento psíquico se refiere al modo en el que una persona interactúa con la realidad, es decir, a la forma en que la persona construye su realidad mediando sus procesos internos, con el ambiente en que interactúa (Ver marco teórico P. 19), si bien el escenario psicoterapéutico hace parte de la realidad de la paciente, con la propuesta de Rapaport (1967) es posible pensar que los personajes identificados en el escenario psicoterapéutico tanto como actores que se apoderan del discurso de la paciente como

personajes-protagonistas del mismo, son elementos que hablan del funcionamiento psíquico de la paciente en tanto que lo constituyen y reflejan su realidad interna.

Recordando a McDougall (1994) se encuentra que:

cada personaje (...) se compromete (...) a interpretar indefinidamente los papeles del pasado, utilizando técnicas descubiertas durante la infancia y reproduciendo con siniestra precisión las mismas tragedias y comedias, con los mismos resultados y con idéntica cantidad de dolor y placer. Lo que entonces eran intentos de auto-curación ante el dolor y el conflicto psíquico, ahora son síntomas producidos por el “yo” adulto, siguiendo con las mismas soluciones olvidadas infantiles (Ver marco teórico P. 20).

Lo anterior se evidencia frecuentemente a través del discurso de la paciente, en diferentes escenarios cotidianos y con diferentes objetos de la vida de la paciente, se repiten esquemas de comportamiento que producen sufrimiento (Ver apéndice 21). Es decir, que en el caso de la paciente-participante del presente trabajo, es posible ver esquemas relacionales y modos de comportamiento idénticos que se repiten en distintas situaciones y se representan en diferentes escenarios a lo largo de la vida de la paciente, estos elementos producen dolor en tanto que parecen ajenos al presente de la paciente con el terapeuta porque hacen parte de contextos diferentes y momentos pasados de la vida de la misma.

En relación con la idea anterior y en concordancia con los objetivos específicos planteados, es posible ver cómo en el modo de comportamiento fuera del escenario psicoterapéutico según la paciente narra, los personajes heteroagresivo, pasivo e infantil se relacionan configurando un esquema de interacción recurrente. A través del discurso de la paciente en el escenario psicoterapéutico, se puede evidenciar que la paciente adopta una actitud autoagresiva que le permite posicionarse pasivamente respecto a varios de los objetos presentes en su cotidianidad, con lo cual, la paciente se sitúa ante el interlocutor (terapeuta) asumiendo un rol infantil a fin de

ser coherente con las ideas y emociones que intenta despertar contratransferencialmente en el mismo. Si bien los personajes autoagresivo y pasivo se evidencian con mayor vehemencia fuera del escenario psicoterapéutico según la paciente reporta, el personaje pasivo tiende a apoderarse del discurso de la paciente en psicoterapia, y lo hace en momentos cercanos o simultáneos a la aparición de los dos personajes mencionados anteriormente.

Este esquema de interacción coherente y bien fundado, da cuenta de lo que Brainsky & Padilla (2009) explican acerca de las dinámicas producidas tras la relación paciente-analista, es decir, que la transferencia y la contratransferencia al instaurarse, se convierten en una de las herramientas principales utilizadas por el analista para comprender los procesos psíquicos de la paciente en primera instancia y a continuación, para ayudar a la misma a hacerlos conscientes (Ver marco teórico P. 28). En este sentido, hay un punto en que se encuentran las características de la paciente y psicoterapeuta, pues son las características de los actores implicados en el escenario los que permiten emerger los personajes internos que componen la realidad psíquica; entonces, teniendo en cuenta la propuesta de Racker (1977, ver Marco teórico P. 27) se puede pensar que la posibilidad potencial de la transferencia por parte de la paciente y la respectiva contratransferencia que suscita en el psicoterapeuta, hacen manifiesta una relación que tiene eco por medio de una interacción humana con correlato psíquico, en la cual la paciente a través de la manifestación de los personajes con el psicoterapeuta, le permite ver a éste el lugar que involucra en la dinámica de su psiquismo y cómo le permite habitarlo.

Con los aportes de Freud (1981/1912, ver Marco teórico P. 25), se puede entender que la transferencia que efectúa la paciente y en los que logra expresar sus personajes, son vías útiles para comprender la relación entre la realidad psíquica de la paciente y el modo como ella ubica de modo inconsciente al psicoterapeuta, como objeto externo que permite revivir emocional y

simbólicamente experiencias del pasado que vivió con otras personas. En otras palabras, se puede pensar que la paciente trasfiere con el terapeuta lo que en su realidad psíquica está presente y se puede justificar y relacionar con aspectos del terapeuta, en esta media, se podría considerar que el terapeuta potencia la actualización de personajes autoagresivos, heteroagresivos, pasivos, maternos e infantiles y unos más que otros, que han sido aprendidos bajo un modelo del pasado y encuentran en el acompañamiento psicológico un lugar y situaciones para manifestarse.

A fin de describir y comprender los personajes y las demandas de los mismos que hacen parte de la realidad psíquica del paciente, se considera importante mencionar que la interrelación de dichos personajes, que son utilizados por la paciente tanto para interactuar en su cotidianidad como para expresarse dentro del escenario psicoterapéutico, produce una demanda que tiene el fin frecuente de llevar a la paciente a situarse en contextos complejos y conflictivos en primera instancia, a reaccionar agresivamente ante los mismos, a culparse por ello adoptando una posición autoagresiva que resuelve en una actitud pasiva que intenta explicar en el afuera, para luego, asumiendo un rol infantil, despertar pesar en los demás y no hacerse cargo de solución alguna. Es decir, que la paciente-participante se encarga, (por supuesto de manera inconsciente,) de involucrar a los demás, e involucrarse a sí misma en una dinámica compleja en la cual intervienen varios de sus personajes. Tal dinámica parece haberse configurado, de tal manera que lo que en inicio ocurre como un hecho agresivo termina convirtiéndose en un motivo para ser pasiva e infantil y producir en los demás una imagen de desvalimiento conveniente para legitimar y reproducir esta dinámica; deja ver que los personajes parecen ser uno, se mezclan y actúan con un propósito.

A partir de la expresión y del hallazgo de algunos personajes de la paciente, se pudo ver que los aportes de Berenstein (1994, citado por Etchegoyen, 1995, ver Marco teórico p. 20), concuerdan en que la realidad psíquica de la paciente comprende un conjunto de vivencias, emociones y representaciones que pueden ser inconscientes y además representadas en personajes como el autoagresivo, heteroagresivo, pasivo, maternal e infantil, como objetos que el yo de la paciente siente como interiores y reales, en cierta medida por como cuenta en las sesiones que son vividos y experimentados en su cotidianidad y además por como se expresan en el escenario terapéutico; es decir, que las características de éstos personajes son las mismas que configuran su psiquismo en conjunto y permiten entender la manera como vive su propio mundo interno.

McDougall (1994) cuando afirma que “somos capaces de ir trasladando nuestros dramas psíquicos de un escenario a otro en momentos de tensión abrumadores, ya que el “yo” es un personaje polifacético” (p. 12, ver Marco teórico P. 21), permite poder dar cuenta que en el caso de la paciente, los diferentes personajes existentes en su entramado psíquico la configuran como persona, y tienen la posibilidad de expresarse en el acompañamiento psicológico, así como en otras esferas de su vida, unos porque son de los que habla y permite conocer a través del relato en el acompañamiento psicológico, particularmente por como los experimenta en su vida cotidiana, y otros porque son quienes se apoderan de la voz en el escenario terapéutico.

Los planteamientos de McDougall (1994), permiten dar cuenta que los personajes logran mantener ciertas características a la hora de expresarse, particularmente por el modo en que actualizan su conflictiva psíquica que no es muy diferente de la que experimenta en su cotidianidad. Sin embargo, se encuentra relevante que las diferencias del modo en que se transfiere y actualizan dichos personajes, depende de las características de la persona con la que

se encuentra e incluso con la variabilidad con que se presentan los objetos como representante de la realidad psíquica e interna de la paciente.

Con el acercamiento a la comprensión de la realidad psíquica de la paciente a través de los personajes evidenciados en las sesiones de acompañamiento psicológico con enfoque psicoanalítico, usando los aportes de McDougall (1994, ver Marco teórico p. 21) es posible comprender que éste aunque no es un psicoanálisis formal o una psicoterapia propiamente dicha, si permite recrear, vivir y pensar los personajes que conforman la personalidad de la paciente, la dinámica y la manera en que se expresan gracias a que en este escenario, los personajes han encontrado un lugar que les permite salir a flote.

Con base en los adelantos de McDougall (1994) y apreciando los aportes de Laplanche y Pontalis (2009/1967, ver Marco teórico p. 22), se puede comprender el escenario del acompañamiento psicológico como un espacio que permite acercarse a aspectos de la realidad psíquica de la paciente, conocer algunos personajes de su mundo interno y la manera como dice que se expresan en el mundo externo, dejando ver su carácter conflictivo y muchas veces contradictorio. De lo anterior se presentan a continuación tres ejemplos. Un primer ejemplo, permite afirmar que hay momentos en que la voz de un personaje se superpone sobre los otros, pero durante el relato se encuentran mezcladas las voces de diferentes personajes, donde se intercalan o se entrometen en la posición de otro personaje, generando confusión en quien recibe los distintos mensajes que cada personaje quiere hacer escuchar. Un segundo ejemplo, respalda que la expresión del personaje heteroagresivo, varias veces se mezcla la opinión del autoagresivo, confluyendo en una situación que es de malestar para la paciente, pero donde no se sabe finalmente a quien dirige su agresividad y se confunde con las diferentes personas de su entorno o incluso con ella misma. El último ejemplo, se funda en que hay ocasiones en que

simultáneamente en el escenario psicoterapéutico y fuera de este, se presenta el personaje pasivo y se transforma progresivamente en el personaje infantil, lo cual, aunque por un lado hace difícil la diferenciación, por otro permite pensar que, en el caso de la paciente-participante, la pasividad como actitud para evadir la responsabilidad, antecede una actitud infantil como artefacto para lograr que los demás intervengan confirmando en la paciente la pasividad (ver apéndice 12).

Estos ejemplos permiten concluir que se intercalan las voces de los personajes y se puede hacer confuso el mensaje, en este sentido, quien recibe el mensaje, como lo puede ser el terapeuta, queda con una impresión particular de uno de sus personajes y se confunden los otros que intentan expresarse, o al mismo tiempo, puede quedar con la sensación que intentan transmitir varios de sus personajes, sin tener claridad de lo que realmente sucede.

Lo anterior permite observar la repetición como actos inconscientes de los personajes de ésta paciente, que está dada precisamente por su imposibilidad de recordar hechos que ocurrieron antes en su vida, por lo que la repetición del modo de relacionamiento de éstos personajes de manera inconsciente en el acompañamiento psicológico, son un intento de hallar ligadura y de mostrar un contenido inconsciente-olvidado (Greenson, 1980, p.126, ver Marco teórico P. 24 & Freud 1981/1914, ver Marco teórico P. 25), o en otro sentido la repetición se mantiene debido a que la paciente se resiste (inconscientemente) a saber y a recordar, generando oposición en favor del proceso tomando elementos de la realidad, todo ello como una defensa a que elementos dolorosos, incómodos o vergonzosos de ella misma se evidencien en sesión. (Freud 1981/1914, ver Marco teórico P. 25)

Finalmente, se hacen unas consideraciones con respecto al desarrollo de este trabajo y de posibles futuras investigaciones. Es importante mencionar que durante la construcción del marco teórico se encontró coherencia y vigencia entre los aportes de los autores clásicos y

contemporáneos por un lado y por otro, entre el marco teórico y el análisis de los datos de la presente investigación, en tanto que, a través de la paciente-participante se confirmaron avances respecto a los fenómenos de la transferencia y contratransferencia, ya sea en términos de actualización o expresión de personajes internos.

En el caso de la paciente-participante del presente trabajo, se considera que las dinámicas de la relación entre las características del psicoterapeuta y las características de la paciente, permiten que el tipo de personajes actualizados dentro del escenario psicoterapéutico (transferencia) o evidenciados a través del discurso de la paciente, potencien en el encuadre, la asertividad de la relación terapeuta-paciente y por lo tanto fortalezcan la intención terapéutica.

Se considera importante también mencionar, para futuras investigaciones, que los personajes que se utilizan para acercarse a comprender el psiquismo de la paciente surgen a partir del análisis de los protocolos y no son necesariamente los mismos para todas las personas; se sugiere que a partir de la escogencia y análisis de los protocolos del paciente seleccionado, se refieran los personajes necesarios y suficientes para comprender el caso, con el fin de encontrar diversidad y riqueza en la interpretación y planteamiento de hipótesis comprensivas. Se advierte que la selección de ciertos personajes para la presente investigación, fue una propuesta teórica y metodológica, con el propósito de identificar características propias de la paciente, sin embargo, con esta cantidad de personajes se dejó ver que la mayoría de ellos aparecen entremezclados y que difícilmente son separables en términos prácticos. Por lo tanto, al aumentar la cantidad de personajes, probablemente aparezca la dificultad de separar la voz de cada uno de los personajes durante el relato del paciente; en tanto esto suceda una idea interesante para otro análisis de resultados, podría estar pensado alrededor de cuáles son los personajes que aparecen en cada idea del paciente y cómo se relacionan o se contradicen unos con otros y con qué propósito.

El ampliar la cantidad de protocolos que se usan podría permitir encontrar diversos personajes de los cuales el terapeuta-investigador no da cuenta desde un principio. En la medida que aumenta el número de protocolos considerados para el análisis, muy probablemente se podrán encontrar mayor cantidad de personajes pertenecientes a la realidad psíquica de la paciente, lo cual puede contribuir a ser más preciso en el análisis y entendimiento del paciente, ya que en el caso de la presente investigación, los personajes planteados no abarcaron la totalidad de la información obtenida y algunas pocas partes quedaron fuera de estas categorías, puesto que no era suficiente para considerarla en la creación de una categoría emergente.

Además, se considera que en una próxima investigación podría ser pertinente incrementar la muestra de los participantes, con el fin de analizar y poder triangular diferentes casos que lleve un mismo terapeuta. Esta propuesta podría permitir un análisis de la expresión de los personajes que emergen en cada uno de los participantes, permitiendo encontrar convergencias y divergencias entre cada uno de ellos y qué implicaciones tiene el rol que juega el psicoterapeuta durante este proceso.

## Referencias

- Avendaño, C., Krause, M., Uribe, R. & Winkler, M. (1994). Caminos en la búsqueda de ayuda psicológica. *Psyche*, 3, 2, pp. 211- 222.
- Benítez, J. (2010). Protocolos de registro de sesión de psicoterapia individual. *Apuntes de psicología*, 28, 1, pp. 65-82.
- Bernardi, R. Defey, D. Garbarino, A. Tutté, J. & Villalba, L. (2004). Guía clínica para la psicoterapia. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 68, 2, pp. 99 – 146.
- Brainsky, L. & Padilla, R. (2009). *El sentido tras el dolor corporal. Psicoanálisis, enfermedad psicosomática y esperanza*. Bogotá: Cargraphics.
- Bulbena, A., Fernández de la Cruz, L., Fullana, M. & Toro, J. (2011). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Medicina Clínica*, 138, pp. 215-219.
- Cárcamo, H. (2005). Hermenéutica y Análisis Cualitativo. *Cinta moebio*, 23, pp. 204-216.
- Coderch, J. (1990). Delimitación y esencia de la psicoterapia psicoanalítica. En: *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Herder.
- Coderch, J. (1990). Estructuración del acuerdo terapéutico. El marco de trabajo. En: *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Herder.
- Coderch, J. (1996). Reflexiones acerca de las interpretaciones llamadas extratransferenciales. *Revista de Psicoanálisis*. Asociación Psicoanalítica de Madrid, 23, pp. 36 -52.
- Coderch, J. (2001). *La relación paciente-terapeuta: el campo del psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Fundació Vidal i Barraquer.
- Etchegoyen, H. (1995). Mensaje presidencial al 39 ° congreso internacional de psicoanálisis de San Francisco, “realidad psíquica, su impacto actual sobre el analista y el paciente”. *Revista de la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis*. 21, 2 pp. 113-131.

- Freud, S. (1981). Análisis Fragmentario de una histeria (Caso Dora, Epílogo). En: *Obras completas*. Tomo I. Biblioteca Nueva: Buenos Aires. (Trabajo original publicado en 1901[1905]).
- Freud, S. (1981). Estudios sobre la histeria. En: *Obras completas*. Tomo I. Biblioteca Nueva: Buenos Aires. (Trabajo original publicado en 1895).
- Freud, S. (1981). La dinámica de la transferencia. En: *Obras completas*. Tomo II. Biblioteca Nueva: Buenos Aires. (Trabajo original publicado en 1912).
- Freud, S. (1981). Recuerdo, repetición y elaboración. En: *Obras completas*. Tomo II. Biblioteca Nueva: Buenos Aires. (Trabajo original publicado en 1914).
- González de Rivera, J. (1990). La psicoterapia multidimensional. *Psiquis*, 11, pp. 246-254.
- Greenson, R. (1980). *Técnica y práctica del psicoanálisis*. México: Siglo Veintiuno.
- Gutiérrez, M. Lastra, J. Otero, M. Romero, S. Torres, N. & Uribe, S. (2001). *Posibilidades de intervención desde la teoría psicoanalítica*. Bogotá.
- Hernández, R; Fernández, C; & Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Kernberg, O. (1993). Convergencias y divergencias de la técnica psicoanalítica contemporánea. *Libro anual de psicoanálisis*, 9, pp. 129-143.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. (2009). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original publicado en 1967)
- Mazuera, J. (2013). Discusión del Artículo “Consideraciones sobre el material y la interpretación extratransferenciales”, De Guillermo Arcila Arango (1992). Presentado En: Encuentro Internacional de Metapsicología Freudiana (junio de 2013): La represión. Bogotá.

- McDougall, J. (1994). El teatro psíquico y el escenario Psicoanalítico. En: *Teatros de la mente*. JulianYebeles, S.A. Editores.
- Pinkus, L. (1984). *Teoría de la psicoterapia analítica breve*. Barcelona: Editorial Gedisa S.A.
- Racker, H. (1977). *Estudios sobre técnica Psicoanalítica*. Buenos aires: Paidós
- Rapaport, D. (1967). La estructura del Sistema. En: *La estructura de la teoría psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Sandler, J., Dare, C. & Holder, A. (1998/1993). *El paciente y el analista. Las bases del proceso psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- Stake, R. (1998). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Morata.
- Strauss, A & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia
- Torres, N.E. & Escudero, C. (2011). Intervenir investigando, una propuesta de mediaciones. En D.P. Carmona Hernández (Comp.), *El asunto del método en la investigación psicoanalítica* (pp. 127-141). Medellín: Universidad de Antioquia.
- Wolberg, L. (1977). *The Technique of Psychotherapy*. New York: Grune & Stratton,
- Zevallos, R. (1993). El enfoque sistémico en terapia familiar. *Revista de Psicología*. Pontificia Universidad Católica del Perú, XI, 2.

## Apéndices

### Apéndice 1

#### **PROTOCOLO INDIVIDUAL**

**Siglas del Paciente:**

**Número de historia clínica:**

**Sesión Número:**

**Fecha:**

**Asiste (si/no)**

**En caso de no asistir, Informa (si/no)**

## Apéndice 2

## Declaración de Consentimiento Informado

Yo \_\_\_\_\_ identificado (a) con la cédula de ciudadanía \_\_\_\_\_, doy mi consentimiento informado para participar en el trabajo investigativo de grado sobre **El reflejo de la cotidianidad en el escenario psicoterapéutico: una aproximación a la realidad psíquica**, siendo el objetivo comprender algunos elementos de la relación entre el funcionamiento psíquico del paciente en acompañamiento psicológico y el funcionamiento cotidiano según lo relata, en la que se utilizarán protocolos realizados a partir del acompañamiento psicológico brindado en el espacio de consultores de la Pontificia Universidad Javeriana.

Autorizo el uso de protocolos, anteriores y posteriores a esta fecha. Consiento la publicación de los resultados del estudio siempre que la información sea anónima y sólo con fines académicos, de modo que no pueda llevarse a cabo identificación alguna.

El presente experimento es de riesgo mínimo según la resolución número 8430 de 1993 ya que no hay ningún procedimiento invasivo ni que atente contra la integridad física y psicológica del individuo. Ningún procedimiento es engañoso.

Mi participación en este estudio no implica ningún riesgo o molestia conocidos o esperados. Igualmente, en todo momento los investigadores estarán en la obligación de contestar cualquier pregunta con respecto al experimento. Tengo derecho a conocer los resultados de la investigación, así como cualquier información actualizada obtenida durante el estudio. En cualquier punto del experimento puedo retirarme sin que tenga ninguna consecuencia.

Si surge alguna duda puedo dirigirme a cualquiera de los investigadores:

Juan Carlos Granja  
cel. 3208093508  
e-mail: jgranja@javeriana.edu.co

Agustín Trujillo  
cel. 3134803891  
e-mail: agustin.trujillo@javeriana.edu.co

---

Firma participante

---

Nombre y Firma de testigo

---

Nombre y Firma de testigo

**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES**  
**(Licencia de uso)**

Bogotá, D.C., Febrero 28 de 2014

Señores  
Biblioteca Alfonso Borrero Cabal S.J.  
Pontificia Universidad Javeriana  
Ciudad

Los suscritos:

JUAN CARLOS GRANJA MESA , con C.C. No 1026274223  
AGUSTÍN TRUJILLO CASTELLANOS , con C.C. No 1032388121  
\_\_\_\_\_, con C.C. No \_\_\_\_\_

En mi (nuestra) calidad de autor (es) exclusivo (s) de la obra titulada:

EL REFLEJO DE LA COTIDIANIDAD EN EL ESCENARIO PSICOTERAPÉUTICO: UNA APROXIMACIÓN A LA REALIDAD PSÍQUICA

\_\_\_\_\_  
(por favor señale con una "x" las opciones que apliquen)  
Tesis doctoral  Trabajo de grado  Premio o distinción: Si  No   
cual: \_\_\_\_\_

presentado y aprobado en el año 2014 , por medio del presente escrito autorizo (autorizamos) a la Pontificia Universidad Javeriana para que, en desarrollo de la presente licencia de uso parcial, pueda ejercer sobre mi (nuestra) obra las atribuciones que se indican a continuación, teniendo en cuenta que en cualquier caso, la finalidad perseguida será facilitar, difundir y promover el aprendizaje, la enseñanza y la investigación.

En consecuencia, las atribuciones de usos temporales y parciales que por virtud de la presente licencia se autorizan a la Pontificia Universidad Javeriana, a los usuarios de la Biblioteca Alfonso Borrero Cabal S.J., así como a los usuarios de las redes, bases de datos y demás sitios web con los que la Universidad tenga perfeccionado un convenio, son:

<b>AUTORIZO (AUTORIZAMOS)</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1. La conservación de los ejemplares necesarios en la sala de tesis y trabajos de grado de la Biblioteca.	X	
2. La consulta física o electrónica según corresponda	X	
3. La reproducción por cualquier formato conocido o por conocer	X	
4. La comunicación pública por cualquier procedimiento o medio físico o electrónico, así como su puesta a disposición en Internet	X	
5. La inclusión en bases de datos y en sitios web sean éstos onerosos o gratuitos, existiendo con ellos previo convenio perfeccionado con la Pontificia Universidad Javeriana para efectos de satisfacer los fines previstos. En este evento, tales sitios y sus usuarios tendrán las mismas facultades que las aquí concedidas con las mismas limitaciones y condiciones	X	
6. La inclusión en la Biblioteca Digital PUJ (Sólo para la totalidad de las Tesis Doctorales y de Maestría y para aquellos trabajos de grado que hayan sido laureados o tengan mención de honor.)		X

De acuerdo con la naturaleza del uso concedido, la presente licencia parcial se otorga a título gratuito por el máximo tiempo legal colombiano, con el propósito de que en dicho lapso mi (nuestra) obra sea explotada en las

condiciones aquí estipuladas y para los fines indicados, respetando siempre la titularidad de los derechos patrimoniales y morales correspondientes, de acuerdo con los usos honrados, de manera proporcional y justificada a la finalidad perseguida, sin ánimo de lucro ni de comercialización.

De manera complementaria, garantizo (garantizamos) en mi (nuestra) calidad de estudiante (s) y por ende autor (es) exclusivo (s), que la Tesis o Trabajo de Grado en cuestión, es producto de mi (nuestra) plena autoría, de mi (nuestro) esfuerzo personal intelectual, como consecuencia de mi (nuestra) creación original particular y, por tanto, soy (somos) el (los) único (s) titular (es) de la misma. Además, aseguro (aseguramos) que no contiene citas, ni transcripciones de otras obras protegidas, por fuera de los límites autorizados por la ley, según los usos honrados, y en proporción a los fines previstos; ni tampoco contempla declaraciones difamatorias contra terceros; respetando el derecho a la imagen, intimidad, buen nombre y demás derechos constitucionales. Adicionalmente, manifiesto (manifestamos) que no se incluyeron expresiones contrarias al orden público ni a las buenas costumbres. En consecuencia, la responsabilidad directa en la elaboración, presentación, investigación y, en general, contenidos de la Tesis o Trabajo de Grado es de mí (nuestro) competencia exclusiva, eximiendo de toda responsabilidad a la Pontificia Universidad Javeriana por tales aspectos.

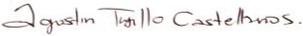
Sin perjuicio de los usos y atribuciones otorgadas en virtud de este documento, continuaré (continuaremos) conservando los correspondientes derechos patrimoniales sin modificación o restricción alguna, puesto que de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación de los derechos patrimoniales derivados del régimen del Derecho de Autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, "Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores", los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables. En consecuencia, la Pontificia Universidad Javeriana está en la obligación de RESPETARLOS Y HACERLOS RESPETAR, para lo cual tomará las medidas correspondientes para garantizar su observancia.

**NOTA: Información Confidencial:**

Esta Tesis o Trabajo de Grado contiene información privilegiada, estratégica, secreta, confidencial y demás similar, o hace parte de una investigación que se adelanta y cuyos resultados finales no se han publicado. Si  No

En caso afirmativo expresamente indicaré (indicaremos), en carta adjunta, tal situación con el fin de que se mantenga la restricción de acceso.

NOMBRE COMPLETO	No. del documento de identidad	FIRMA
Juan Carlos Granja Mesa	1026274223	
Agustín Trujillo Castellanos	1032388121	

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROGRAMA ACADÉMICO: CARRERA DE PSICOLOGÍA

**BIBLIOTECA ALFONSO BORRERO CABAL, S.J.**  
**DESCRIPCIÓN DE LA TESIS DOCTORAL O DEL TRABAJO DE GRADO**  
**FORMULARIO**

<b>TÍTULO COMPLETO DE LA TESIS DOCTORAL O TRABAJO DE GRADO</b>						
EL REFLEJO DE LA COTIDIANIDAD EN EL ESCENARIO PSICOTERAPÉUTICO: UNA APROXIMACIÓN A LA REALIDAD PSÍQUICA						
<b>SUBTÍTULO, SI LO TIENE</b>						
<b>AUTOR O AUTORES</b>						
<b>Apellidos Completos</b>			<b>Nombres Completos</b>			
GRANJA MESA			JUAN CARLOS			
TRUJILLO CASTELLANOS			AGUSTÍN			
<b>DIRECTOR (ES) TESIS DOCTORAL O DEL TRABAJO DE GRADO</b>						
<b>Apellidos Completos</b>			<b>Nombres Completos</b>			
CASTELLANOS URREGO			SERGIO GUILLERMO			
<b>FACULTAD</b>						
PSICOLOGÍA						
<b>PROGRAMA ACADÉMICO</b>						
<b>Tipo de programa ( seleccione con "x" )</b>						
Pregrado	Especialización	Maestría	Doctorado			
X						
<b>Nombre del programa académico</b>						
CARRERA DE PSICOLOGÍA						
<b>Nombres y apellidos del director del programa académico</b>						
MARTÍN EMILIO GÁFARO						
<b>TRABAJO PARA OPTAR AL TÍTULO DE:</b>						
PSICÓLOGO						
<b>PREMIO O DISTINCIÓN (En caso de ser LAUREADAS o tener una mención especial):</b>						
<b>CIUDAD</b>		<b>AÑO DE PRESENTACIÓN DE LA TESIS O DEL TRABAJO DE GRADO</b>			<b>NÚMERO DE PÁGINAS</b>	
BOGOTÁ		2014			72	
<b>TIPO DE ILUSTRACIONES ( seleccione con "x" )</b>						
Dibujos	Pinturas	Tablas, gráficos y diagramas	Planos	Mapas	Fotografías	Partituras
<b>SOFTWARE REQUERIDO O ESPECIALIZADO PARA LA LECTURA DEL DOCUMENTO</b>						
<b>Nota:</b> En caso de que el software (programa especializado requerido) no se encuentre licenciado por la Universidad a través de la Biblioteca (previa consulta al estudiante), el texto de la Tesis o Trabajo de Grado quedará solamente en formato PDF.						
<b>MATERIAL ACOMPAÑANTE</b>						
<b>TIPO</b>	<b>DURACIÓN (minutos)</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>FORMATO</b>			
			CD	DVD	Otro ¿Cuál?	

Vídeo					
Audio					
Multimedia					
Producción electrónica					
Otro Cuál?					
<b>DESCRIPTORES O PALABRAS CLAVE EN ESPAÑOL E INGLÉS</b>					
Son los términos que definen los temas que identifican el contenido. <i>(En caso de duda para designar estos descriptores, se recomienda consultar con la Sección de Desarrollo de Colecciones de la Biblioteca Alfonso Borrero Cabal S.J en el correo <a href="mailto:biblioteca@javeriana.edu.co">biblioteca@javeriana.edu.co</a>, donde se les orientará).</i>					
<b>ESPAÑOL</b>			<b>INGLÉS</b>		
<b>Psicoanálisis</b>			<b>Psychoanalysis</b>		
<b>Psicología Clínica</b>			<b>Clinical Psychology</b>		
<b>Psicoterapia</b>			<b>Psychotherapy</b>		
<b>Personajes</b>			<b>Personages</b>		
<b>Realidad Psíquica</b>			<b>Psychic Reality</b>		
<b>RESUMEN DEL CONTENIDO EN ESPAÑOL E INGLÉS</b> (Máximo 250 palabras - 1530 caracteres)					
Resumen					
<p>Una investigación cualitativa desarrollada a partir de un estudio de caso con una persona de la ciudad de Bogotá, que asiste a acompañamiento psicológico en el marco de la práctica en Psicología Desarrollo y Dolor Psíquico de la Pontificia Universidad Javeriana, permitirá acercarse a comprender la realidad psíquica de un paciente a través de la actualización de algunos de sus personajes internos en el espacio psicoterapéutico y en su cotidianidad según dicho paciente lo relata dentro del escenario de acompañamiento psicológico. Para este propósito se implementa un diseño que consta con un método de intervenir-investigando y el protocolo como instrumento. La presente investigación permite evidenciar las exigencias de las dimensiones infantiles de la personalidad de la paciente, las dificultades producto de sus actitudes pasivas y los conflictos configurados a partir de las demandas ambivalentes-inconscientes, así como las dinámicas repetitivas y los elementos que la llevan a resistirse a un cambio.</p>					
Abstract					
<p>A qualitative research developed from a case study with a woman from the city of Bogota, who attends to psychological support within the practice <i>Psicología Desarrollo y Dolor Psíquico</i> at the Pontificia Universidad Javeriana, allows to approach understanding the psychic reality of the patient through updating some of her internal characters in the psychotherapeutic context and her daily life according to what she related within the psychological support scenario. For this purpose a design with a research intervening method is implemented and the protocol is used as a tool. This research makes evident the demands of childhood personality dimensions of the patient, the difficulties due to her passive attitudes and the conflicts configured from the demands ambivalent – unconscious, as well as repetitive dynamics and elements that carry her to resist change.</p>					