

El umbral del cierre: comprensión clínica del cierre del proceso terapéutico (estudio de casos)

Nicolás Cadavid Betancur

Diana María Ocampo Lopera

Director(a) del Trabajo:

Psicóloga Mg. Mónica Schnitter Castellanos

Trabajo para optar al título de Magister en Psicología

Programa: Maestría en Psicología

Universidad del Norte - Barranquilla

2017

Contenido

	Pág.
1. Introducción	5
2. Justificación	7
3. Área problemática	11
4. Preguntas guías u objetivos	14
5. Metodología	15
5.1 Población	15
5.2 Recolección y análisis de la información	16
5.3 Consideraciones éticas	16
6. Historia clínica del paciente	18
6.1 Identificación del paciente	18
6.2 Motivo de consulta	18
6.3 Descripción sintomática	19
6.4 Historia personal	20
6.5 Historia familiar	22
6.6 Genograma	23
6.7 Proceso de evaluación	24
6.8 Conceptualización diagnóstica	25
7. Descripción detallada de las sesiones	28
7.1 Sofía	28
7.2 Isabel	30
8. Marco conceptual de referencia	32

	3
8.1 Cierre y finalización del tratamiento	32
8.1.1 Sobre las ansiedades del cierre	37
8.1.2 La tarea del cierre	40
8.2 Lectura de procesos	41
8.3 Focalización	44
8.3.1 El concepto de Foco	45
8.3.2 Determinación del foco sobre la base de los ejes II, III y IV del OPD-2	47
8.3.3 Evolución del foco	49
8.4 El Umbral de la transferencia	50
9. Análisis del caso	52
9.1 Categoría 1: Inicio del umbral del cierre	52
9.1.1 Subcategoría 1 Elementos que introducen el cierre	53
9.1.2 Subcategoría 2: Ansiedades emergentes	56
9.2 Categoría 2: Refocalización	59
9.2.1 Subcategoría 1: Consideración del motivo de consulta	59
9.2.2 Subcategoría 2: Relectura de procesos	64
9.2.3 Subcategoría 3: Autopercepción del cambio del paciente	68
9.2.4 Subcategoría 4: Lectura del nivel o de los logros de individuación del paciente	70
9.3 Categoría 3: Cierre del umbral	74
9.3.1 Subcategoría 1: Logros terapéuticos	75
9.3.2 Subcategoría 2: Mantenimiento, conservación y guarda del vínculo terapéutico	79
10. Conclusiones y discusión	83
11. Referencias	93

Índice de figuras

Pág.

<i>Figura 1.</i> Mundo representacional	42
<i>Figura 2.</i> Estructura del Foco	46
<i>Figura 3.</i> Mapa de categorías y subcategorías emergentes del umbral de cierre	52
<i>Figura 4.</i> Mapa de subcategorías para Inicio del umbral de cierre	53
<i>Figura 5.</i> Mapa de subcategorías para Refocalización	59
<i>Figura 6.</i> Mapa de subcategorías para Cierre del umbral	75

1. Introducción

El ejercicio clínico en la actualidad se da en una variedad de contextos que obligan al clínico a repensar los conceptos tradicionales frente al proceso terapéutico, ¿cómo se establece el vínculo terapéutico, hacia donde se orienta la terapia, cómo se concibe la cura y cómo se maneja el proceso del cierre? El presente trabajo es el resultado de un ejercicio investigativo del estudio de dos casos, uno en el contexto de la consulta privada y otro en el contexto institucional, en el cual se analizan las condiciones y características del cierre de un proceso terapéutico: ¿Cómo y en qué momento surge éste?, ¿Cuáles son las particularidades de cada proceso? y en último lugar ¿Cómo se lleva a cabo el cierre propiamente dicho?

Pensar el proceso de cierre terapéutico es un elemento fundamental en el razonamiento clínico del terapeuta, el cual ante la posibilidad del cierre, debe poder identificar los motivos que originan el cierre y desde allí, considerando la estructura, nivel de organización y logros obtenidos por el paciente, orientar ese proceso de des/enlace de un trabajo construido con el paciente, procurando promover las condiciones psíquicas más favorables para el desenvolvimiento del sujeto en su cotidianidad.

Al igual como consideramos cuidadosamente el inicio de una psicoterapia, en el que se realiza un proceso de construcción del vínculo, que implica un delicado trabajo por parte del terapeuta en su ejercicio de apertura de una etapa diagnóstica, existe también un proceso igualmente importante, que es necesario pensar y trabajar, como lo es el momento o etapa de cierre. Este implica el des/enlace de una relación vincular construida en el espacio terapéutico, el des/enlace de un trabajo realizado por el paciente sobre sí mismo, en el que se deben haber

promovido los recursos psíquicos suficientes para que el paciente pueda desarrollar su autonomía e individuación.

El presente trabajo de estudio de dos casos clínicos constituye un ejercicio de razonamiento clínico y análisis sobre las condiciones a considerar cuando se realiza el proceso de cierre, el valor y la importancia técnica que implica, pues dependiendo de cómo ocurra, el paciente podrá en un futuro acceder nuevamente a un espacio de trabajo terapéutico y darle sentido en su vida a lo elaborado a lo largo de su proceso o procesos anteriores. Este trabajo pretende aportar al estudio de las implicaciones del proceso de cierre en una psicoterapia y aportar a resaltar la necesidad de considerar su valor tanto como el proceso de inicio.

2. Justificación

Desde el supuesto y la técnica en las diferentes orientaciones teóricas de la psicología, vemos la comprensión, manejo y profundización del encuadre terapéutico en las diferentes teorías como un aspecto importante a trabajar y tener en cuenta con los pacientes en el momento del inicio del proceso terapéutico, igualmente frente al tratamiento y sus diferentes formas de trabajarlo durante todo el proceso y el tiempo que dure el mismo; pero frente al proceso de cierre se encuentra que es un tema elaborado por los terapeutas de manera tangencial, con escaso desarrollo teórico. Se ofrecen unos lineamientos básicos pero no se logra profundizar en los criterios y elementos técnicos para el manejo de este.

En el proceso terapéutico algunos autores (Coderch, 1990; Craige, 2006; Fragkiadaki, 2012 & Knafo, 2017) concuerdan en que el proceso de finalización se da como una fase importante en el tratamiento, pero no es claro cómo se procede, ni cómo funciona, cuáles son los motivos o situaciones que llevan a finalizar el proceso terapéutico.

La naturaleza de este estudio “El Umbral del Cierre: comprensión clínica del cierre del proceso terapéutico (estudio de casos)”, pretende dar cuenta de cómo se presentan estos fenómenos del cierre en el proceso terapéutico, haciendo un comparativo entre la lógica de la atención clínica privada y la lógica institucional, bajo la metodología del estudio de caso en dos pacientes. Al tener pocas referencias teóricas sobre el tema proponemos identificar ¿qué sucede? ¿Cómo se hace correspondencia entre ambos ámbitos? ¿En qué condiciones opera el cierre total o temporal de un proceso terapéutico? Lo que esperamos que contribuya a la exploración de parámetros frente un cierre de proceso terapéutico. Comparar el espacio de consulta particular y el

institucional permite ocuparse de temas cómo la duración de los procesos definidos por el sistema de salud o el tiempo establecido en la consulta privada, los criterios para definir el cierre y los diferentes tipos de cierres en el proceso terapéutico, ¿quién plantea el cierre y sus efectos en el vínculo terapéutico?, ¿cómo fueron los logros obtenidos en el proceso terapéutico y la significación que el paciente obtiene de su proceso?; además de la significación y contexto que hace del cierre para considerarlo parcial, temporal o definitivo.

El trabajar sobre la comprensión clínica de los cierres, nos permite establecer que son de naturaleza variable; esto significa que dependen de un sin número de condiciones que varían desde la situación particular de los pacientes, la condiciones sociales y económicas actuales, de la naturaleza pública, particular o privada del contexto de atención, y las condiciones del terapeuta, lo que hace que el proceso de cierre dependa no solo de los logros u objetivos establecidos dentro del proceso terapéutico, sino de condiciones que pueden variar de un proceso a otro o de un paciente a otro.

Igualmente se transforma el vínculo transferencial en el proceso de cierre, no solo desde el paciente, sino además desde el terapeuta, donde se hace necesario pensar los elementos contratransferenciales que despierta el proceso de cierre en éste. Al respecto, M. Schnitter (comunicación personal, 2016) plantea que:

El proceso terapéutico es un contrato entre paciente y terapeuta en el cual se trabaja el vínculo entre ellos, en la finalización, la transferencia se debe disolver, no se finaliza del todo la transferencia, por ser un vínculo que permanece en el tiempo, con la posibilidad de restablecer de nuevo el proceso terapéutico.

Frente a esto, Fromm-Reichmann (1984) plantea que tanto el paciente como el terapeuta

deben estar satisfechos de los resultados del trabajo psicoterapéutico, teniendo como criterio “*el enfermo haya logrado un suficiente grado de compenetración duradera en sus operaciones interpersonales y su dinámica como para que le permita, en principio, manejarlas adecuadamente*” (p. 211). Dentro de los criterios planteados por ella para identificar si el paciente ha logrado los objetivos terapéuticos es precisamente “*la disolución exitosa de sus experiencias de transferencia y de sus distorsiones paratáxicas, en cuanto a la gente y a las situaciones interpersonales*” (p. 211). Por su parte, Horner (1991) plantea que la resolución depende del papel desempeñado por el terapeuta en el trabajo de los conflictos del paciente y cómo el terapeuta facilita la resolución de la transferencia para que la terminación sea posible. A su vez, hace referencia al “*terapeuta suficientemente bueno*”, el cual en el proceso de finalización puede internalizarse y llevarse más adelante como un nuevo objeto bueno interno.

En el proceso terapéutico buscamos como meta terapéutica la resolución del conflicto, mejorar la capacidad del paciente para relacionarse como resultado de su comprensión de sus propias relaciones, mejorando su capacidad reflexiva o en términos del modelo relacional, promover individuación con los recursos del paciente. Al comparar dos casos podremos identificar la posible reorganización en el paciente y su vivencia en el proceso terapéutico. Dando cuenta de su comprensión de la terapia y los elementos que orientaron el cierre de cada proceso.

Kernberg (2001), plantea que en la psicoterapia se busca una reorganización parcial de la estructura, que incluso pueden evidenciarse cambios significativos en personas con estructuras de personalidad muy afectadas y que han llevado un tratamiento en psicoterapia. Desde esta lógica lo que buscamos es la reorganización parcial de la estructura, la resolución del conflicto, la internalización del terapeuta, el suficiente grado de compenetración con el sufrimiento.

El trabajo psicoterapéutico implica que el terapeuta constantemente esté revisando

aspectos conceptuales y metodológicos, lo que le hace pensar su lugar desde lo social, lo teórico y técnico, lo ético, ya sea desde la consulta privada o institucional; lugares que se ponen en juego en el proceso terapéutico en tanto son condiciones que transforman la realidad particular del paciente, ya que lo atraviesan durante todo su proceso clínico y que igualmente serán pensados y analizados en la comprensión clínica de los cierres del proceso terapéutico.

3. Área problemática

El proceso de cierre es un elemento esencial al interior del proceso terapéutico, pues éste tiene repercusiones en el proceso del paciente y en el terapeuta. El tema del cierre suele generar incertidumbre frente a lo teórico, lo clínico y lo contratransferencial, pues genera preguntas sobre sus implicaciones en el proceso llevado a cabo por el paciente y los criterios que se tienen para llevarlo de manera efectiva.

Frente a esto surge la pregunta ¿en el contexto actual de la psicoterapia, en un marco del campo de la salud, en el que diversos factores inciden en su devenir, podemos lograr un proceso de cierre ideal o al menos lo suficientemente bueno para que el paciente alcance su objetivo en psicoterapia, teniendo en cuenta factores contextuales, económicos, sociales y particulares, tanto del terapeuta como del paciente?

Los elementos técnicos del cierre suelen ser difusos, donde surgen preguntas sobre cuáles son los criterios para iniciar el cierre, ¿Cuándo y cómo se decidirá el momento?, ¿Qué papel juega la estructura del paciente en la definición del cierre y las ansiedades por este generadas? Otros elementos que se vuelven problemáticos son ¿Cómo manejar aquellos cierres desafortunados en términos del tiempo, la terminación unilateral (por parte del paciente o el terapeuta), forzados por elementos institucionales o económicos o terminaciones postergadas?

Es así como Horner (1982) plantea que el paciente debe empezar a experimentar, trabajar y resolver las diferentes reacciones que la separación y pérdida de la relación con el analista estimula. De igual manera, Klein (1950) plantea que *“la terminación de un análisis reactiva en el paciente las situaciones más tempranas de separación, que es como una experiencia de destete”*

(p. 52), lo que genera la pregunta sobre cómo se maneja con el paciente el proceso de separación que implica el cierre. En este sentido Freud (1937), plantea que el trabajo del análisis “*ha de establecer las condiciones psicológicas más favorables para las funciones del Yo. Alcanzando este fin, su misión queda cumplida*” (p. 254), no es el objetivo alcanzar una “normalidad”, ni eliminar todos los conflictos internos, sino asegurar las mejores posibles condiciones psicológicas para el funcionamiento del sujeto.

Según la técnica psicológica el punto de partida de los procesos terapéuticos es el encuadre, lo que define el diagnóstico, los objetivos, focos terapéuticos. Establecer unas condiciones favorables para realizar los cierres de los procesos terapéuticos, da cuenta de cómo en un momento posterior el paciente vivirá lo aprendido durante este tiempo, realizar un adecuado proceso de cierre desde lo técnico cuidando el vínculo transferencial, permitirá al paciente establecer criterios para continuar o retomar un proceso con el mismo o con otro terapeuta sin depender de las buenas o malas experiencias vividas, sino del trabajo vincular y terapéutico, además este proceso debe ser vivido no como abandono por parte del terapeuta, lo que generaría diversas ansiedades en el paciente, sino como un proceso de adquisición de autonomía psíquica; donde el vínculo terapéutico de esta forma quedaría vivo para permitir que el paciente pueda establecer su lugar y sus condiciones propias para encuentros posteriores.

En esta investigación proponemos estudiar a través de dos casos clínicos las condiciones de los procesos de cierre, para promover la reflexión sobre los principios clínicos y técnicos de esta etapa. El evaluar cómo se cumplen las condiciones del proceso, permitirá en los participantes, terapeuta y paciente, evidenciar los objetivos, los logros terapéuticos aunque no necesariamente da cuenta de la cura desde el modelo clásico.

Este estudio busca dar cuenta de cómo se llevan a cabo estos cierres, ¿cuáles son los emergentes del proceso de cierre? e identificar los criterios más favorables para realizarlo, buscando aportar al conocimiento y a la comprensión de la dinámica propia de los cierres en psicoterapia.

4. Preguntas guías u objetivos

Comprender clínicamente algunos de los elementos y criterios que emergen alrededor del cierre terapéutico en 2 casos de psicoterapia.

Identificar las comprensiones clínicas de proceso emergentes en el proceso de cierre.

Identificar aspectos relevantes del razonamiento clínico frente al proceso de cierre terapéutico en la práctica privada e institucional.

5. Metodología

La presente investigación se realiza bajo el marco del estudio de caso (Polit & Hungler, 2000), en el cual se busca “*analizar y comprender los fenómenos más importantes para la atención del individuo o sus problemas*” (Pineda & Alvarado, 2008, p. 106). En el estudio de caso se busca generar conocimientos a partir de la profundización en la dinámica del caso, comprender su funcionamiento y como se desarrolla de una manera particular.

Para la presente investigación la lectura de estos fenómenos se hacen desde un paradigma constructivista, desde el cual se piensa la realidad como “*construcciones mentales múltiples intangibles, basadas social y experiencialmente, de naturaleza local y específica*” (Guba & Lincoln, 2002, p. 128). En este sentido, los emergentes derivados de la interacción entre los investigadores (terapeutas) y los sujetos participantes de estudio (pacientes), son presentados como construcciones que surgen a través del encuentro de ambos, lo que permite profundizar en las diferentes lógicas de la subjetividad del paciente en el proceso del cierre terapéutico.

5.1 Población

Se trabajó con dos sujetos en proceso terapéutico, uno en contexto de práctica privada y el otro en contexto de práctica institucional en una IPS. Los casos fueron seleccionados de una manera abierta e intencional, siendo cada uno paciente de los investigadores, por lo que se realizó una preselección de los casos de acuerdo al interés investigativo con los siguientes criterios:

Pacientes adultos.

Pacientes con mínimo un año en el proceso terapéutico.

Un paciente que fuera de la práctica privada y otro de la práctica institucional.

Pacientes con los que se haya realizado cierre terapéutico o que estén en proceso de cierre.

5.2 Recolección y análisis de la información

La recolección de la información se hizo a partir de la transcripción de 10 sesiones (por cada paciente), las notas de proceso de cada uno de los terapeutas (investigadores) y la guía de presentación de casos clínicos de Holbrook (1981), adaptado por Schnitter (2002).

El análisis de la información obtenida se realizó desde la propuesta metodológica de la teoría fundamentada desarrollada por Strauss y Corbin (2002). Inicialmente se procedió con la codificación abierta, con el fin de acceder al universo de significados de las dos pacientes. Posteriormente se realizó la codificación axial en la que se relacionaron las categorías emergentes con sus respectivas subcategorías, y por último, la codificación selectiva, donde se analizan las categorías y sus propiedades para la integración de conceptos.

5.3 Consideraciones éticas

Se tuvo en cuenta las consideraciones éticas que implicaba la investigación de acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 (Ministerio de Salud de la República de Colombia, 1993), siendo un estudio sin riesgo.

Los pacientes fueron informados de los objetivos de la investigación y sus implicaciones y riesgos, firmando cada paciente un consentimiento informado de acuerdo a los lineamientos de la Maestría en Clínica de la Universidad del Norte.

Se protegió y garantizó la privacidad de los 2 pacientes, usando codificación de los datos personales en los diferentes análisis y registros; modificando nombres, datos biográficos y geográficos que facilitaran su identificación, de manera que se protegiera su identidad.

6. Historia clínica del paciente.

6.1 Identificación del paciente

Sofía	Isabel
Paciente de 21 años de edad, sexo femenino, estudiante de octavo semestre en una universidad privada de Medellín.	Paciente de 58 años de edad, sexo femenino, ama de casa, con estudios hasta 4to de primaria.

6.2 Motivo de consulta:

Sofía	Isabel
Paciente en búsqueda de un proceso terapéutico particular, manifiesta “Preocupación por los niños, se me dificulta relacionarme con ellos, no he tenido novio, mi círculo amistoso son puras niñas, entré a una carrera de puras niñas.”	Paciente remitida por neuropsicología, por síntomas depresivos y ansiosos. La paciente manifiesta “me siento muy angustiada y preocupada por mi familia, me levanto con susto de que algo malo va a pasar”, “cuando salgo

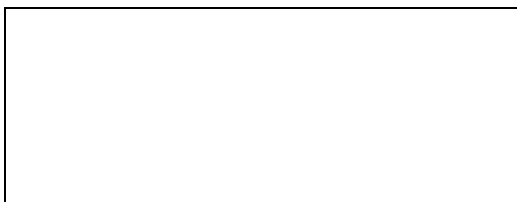


tengo que comprarme algo, son bobaditas para mí o para las niñas o mis sobrinas, pero algo tengo que comprar”

6.3 Descripción sintomática

Sofía
<p>La paciente manifiesta sentir ansiedad frente a relacionarse con hombres por los cuales siente algún tipo de atracción y el deseo constante de acercarse a ellos. Se evidencia idealización de las relaciones con ellos, pero no es capaz de establecer un vínculo con ellos, por el nivel de ansiedad que le producen.</p> <p>Esta ansiedad le produce sufrimiento y temor a quedarse sola.</p>

Isabel
<p>La neuropsicóloga que remite manifiesta pérdidas de memoria en la paciente derivadas de síntomas depresivos y ansiosos.</p> <p>La paciente manifiesta sentirse triste y angustiada por su familia, con dificultad para expresarles a ellos lo que realmente piensa pues teme dejar de ser amada por ellos. Igualmente manifiesta preocupación por su compulsión a las compras, expresando tener la necesidad de</p>



siempre comprar algo para ella o para regalarle a los demás.

6.4 Historia personal

Sofía
<p>La paciente es soltera, actualmente vive con sus padres, es hija única y sin haber tenido hasta el momento ninguna relación de pareja.</p> <p>Manifiesta haber tenido una infancia tranquila, muy cuidada por sus padres, nombrándose como “sobreprotegida” por ellos.</p> <p>Por el lado materno tiene primos, pero al vivir ellos en otras partes, no tiene relación cercana con ellos. La relación más cercana es con la familia paterna, con la cual manifiesta tener mayor afinidad y en la cual fue nieta</p>

Isabel
<p>La paciente es la séptima de 10 hijos. Su padre muere cuando la paciente tenía 3 años, el cual fue asesinado por error, según la paciente.</p> <p>Separada desde hace 15 años, pero continúa teniendo relación con su expareja, nombrándolo aun como su esposo. De su matrimonio tiene dos hijos y una sobrina que ha asumido como hija.</p> <p>Alrededor de los 6 y 7 años, la paciente manifiesta haber vivido una experiencia de abuso por parte de un amigo de la familia, ante lo cual la</p>

única hasta los 19 años.

A los 15 años realizó un intercambio para el aprendizaje del idioma inglés durante un año.

Tiene una mejor amiga desde el colegio y que perdura en la actualidad, en quien suele confiar todo lo que le sucede.

En octavo semestre se gana una beca para cursar estudios de su carrera durante 6 meses fuera del país.

madre no hace nada.

La paciente se describe como muy peleadora en su infancia, pero a la edad de 8 años muere una amiga suya de meningitis, después de haber tenido una pelea con ella; esta situación le generó culpa a la paciente y desde ahí no volvió a pelear.

A lo largo de su vida ha tenido varios intentos de suicidio, siendo el primero a los 15 años, donde intentó envenenarse. Posteriormente intentó varias veces tirándose a los carros pero no lograba nada fatal. El último intento fue cuando se estaba separando de su esposo, donde manifiesta fue detenida por su hija menor; prometiendo desde ese día no volverlo a intentar nuevamente.

6.5 Historia familiar

Sofía
<p>La paciente vive con sus padres y su mascota, un perro de 7 años. La madre de la paciente tiene 56 años, es profesional y trabaja como independiente. Su padre tiene 54 años, es profesional y trabaja como consultor en el sector contable.</p> <p>Su padre es el cuarto de 5 hijos, con una buena relación entre ellos.</p> <p>Actualmente la abuela paterna vive con dos de sus hijos. La paciente manifiesta tener una relación muy cercana a esta familia. El abuelo paterno presentó un ACV.</p> <p>Su madre es la mayor de 4 hijos, con buena relación con sus hermanos.</p> <p>Señala como evento significativo la desaparición por un tiempo de un tío,</p>

Isabel
<p>La paciente es la séptima de diez hijos, se crio en el municipio de Bello, con muchas necesidades y dificultades económicas según la paciente.</p> <p>Sus padres se casaron muy jóvenes, según la paciente su madre tiene a su primer hijo a los 15 años. Su padre fallece cuando la paciente tenía 3 años, el cual fue asesinado por un amigo por error.</p> <p>Su padre vendía verduras en el mercado. Su madre trabajaba en lo que le resultara. Era fumadora y según la paciente intentó suicidarse varias veces mientras buscaba a un hijo que se le fue de la casa. No tenía buena relación la paciente con su</p>

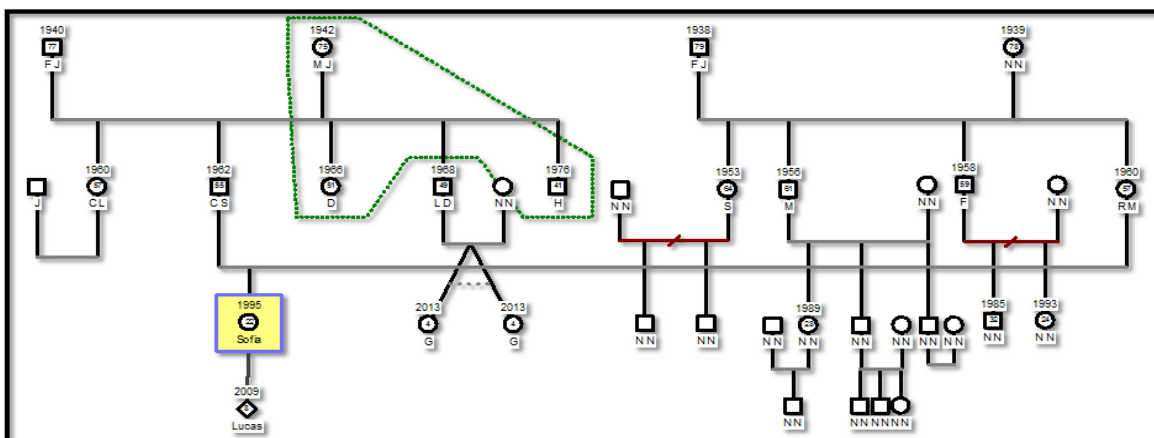
el cual finalmente regresa, pero no se sabe que sucedió con él en ese tiempo de ausencia. La paciente señala que su abuela debió ser depresiva por las cosas que le cuentan de ella, además era ansiosa, le tenía miedo a la muerte y lloraba por el miedo a morir. La paciente manifiesta no tener mucha afinidad con la familia de su madre porque comparten más tiempo con la familia paterna.

madre, manifiesta nunca haber sido querida por ella y que la trataba muy mal.

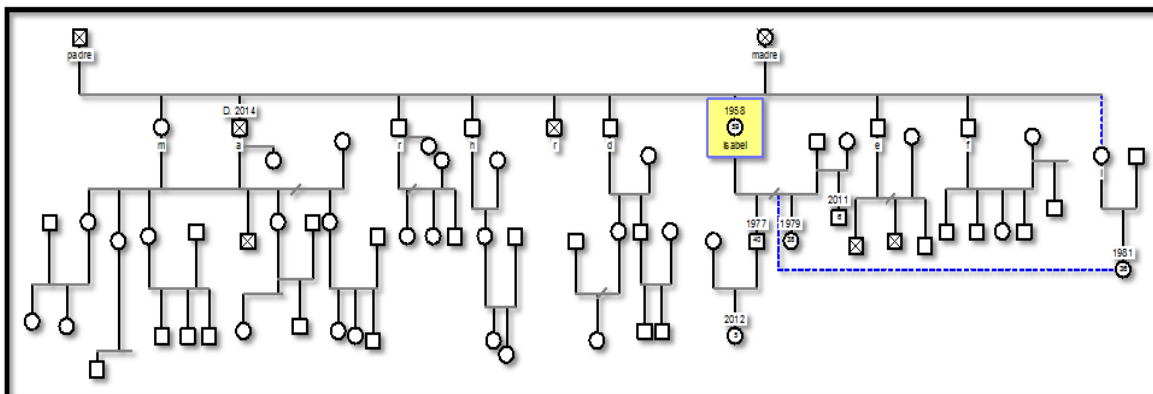
Manifiesta que en su familia todos eran machistas y que los hijos iban llegando a la casa de la madre con sus respectivas parejas e hijos; siendo siempre acogidos por su madre, quien ponía los deberes de la casa como responsabilidad de la paciente.

6.6 Genograma

SOFÍA



ISABEL

6.7 *Proceso de evaluación*

Sofía	Isabel
<p>El proceso de evaluación se realizó por medio de entrevistas clínicas, con firma de consentimiento informado por parte de la paciente para la atención clínica y consentimiento para el proceso de investigación.</p>	<p>El proceso de evaluación se realizó por medio de entrevistas clínicas, con firma de consentimiento informado por parte de la paciente para la atención clínica y consentimiento para el proceso de investigación.</p>

6.8 *Conceptualización diagnóstica*

Sofía	Isabel
<p>La paciente tiene una organización neurótica, con un nivel de funcionamiento más alto alcanzado triádico, evidenciándose elementos no integrados frente a la sexualidad, e imagen infantilizada de sí misma; encontrándose un núcleo del conflicto edípico.</p> <p>En lo relacional con las mujeres se evidencia una cierta afinidad, pero con los hombres algo amenazante, aun no hace elección de objeto de amor por este mismo motivo.</p> <p>La paciente cuenta con recursos intelectuales y una buena red de apoyo para encargarse de sí misma.</p> <p>Se evidencian como mecanismos defensivos la intelectualización, la</p>	<p>La paciente tiene una organización preneurótica, con un nivel de relaciones objetales más alto alcanzado triádico, pero con asunto del orden diádico por elaborar.</p> <p>Se evidencia una posición dependiente en la relación con los otros, dificultándosele aceptar la separación, logrando perpetuar las relaciones a pesar de ser conflictivas.</p> <p>Temor a perder el amor del otro, lo que le genera sentimientos de depresión y tristeza.</p> <p>Dimensión del sí-mismo:</p> <p>Se muestra como una persona sumisa y pasiva, donde prevalecen los deseos de los demás como una</p>

racionalización y la evitación.

Se evidencian ansiedades

relacionadas con la relación con los otros, frente al amor y la mirada del otro, donde se ubica en una posición infantil frente a su rol como mujer, limitando sus expresiones de cariño con los hombres por los cuales se siente atraída.

Es una paciente ansiosa con sus relatos, y la angustia mucho la relación con los otros, como la juzgan el qué dirán frente a ella y específicamente con los hombres.

Dimensión del sí-mismo:

Imagen del cuerpo infantilizado, se bloquea frente a los otros por no saber coquetear, acercarse a un hombre, no saber conversar y sentir que no puede ser ella misma.

Dimensión sí-mismo-otros:

manera de mantener su cercanía y no ser rechazada.

Presenta bajos recursos cognitivos que inciden en su capacidad reflexiva y comprensión de las situaciones de conflicto.

Se le dificulta la expresión de la agresividad o sentimientos de oposición por temor a perder el amor del objeto.

Dimensión sí-mismo-otros:

Subordina sus deseos a los de los demás con el fin de garantizar su amor y cuidado.

Los otros son para ser cuidados por ella, en este sentido se preocupa y se responsabiliza por el bienestar de los demás.

Frente a aquellos que le son significativos, asume una posición de dependencia, donde su palabra no

La paciente describe la sexualidad de los padres como si le hiciera falta algo, que solo salen a hacer vueltas y a *vitriniar*; relata que la madre le dice que ojala su padre fuera más *mani largo*. Suele seguir las instrucciones de su amiga para relacionarse con los hombres, donde deja de pensar en lo que ella quiere para sí misma, y se bloquea frente a ellos, sintiéndose extraña en el contacto con los hombres.

Dimensión del mundo:

En algunas ocasiones la paciente cuando desea salir fuera del espacio de consulta y realizar acciones de las cuales se ha pensado ella misma haciéndolas, conocer y hablar con un hombre, recurre a su mejor amiga y no es ella misma la que genera la acción. Lo que hace que se frustre o se sienta que no puede hacerlo.

tiene valor, sino lo que decida el otro.

Dimensión del mundo:

Se ubica en un lugar de poco valor, de no ser querida (especialmente por su madre).

Igualmente asume un rol de satisfacción del otro, de no ser capaz de decirle no a los demás, obteniendo con esto ganancias frente a su dependencia; pues se muestra vulnerable y necesitada de cuidado.

7. Descripción detallada de las sesiones

7.1 Sofía

El total de citas fueron 51 durante el proceso total de trabajo terapéutico.

Las primeras 5 sesiones fueron realizadas para el establecimiento del vínculo transferencial “umbral de la transferencia” (este concepto es desarrollado en el capítulo 8. Marco Teórico). Se recolectaron los datos biográficos y familiares relevantes para el desarrollo del caso, se realiza el genograma, las citas iniciales le generaban ansiedad a la paciente lo que hacía que fuera un discurso centrado en los otros y no en los sentimientos y el afecto en ella. Se promueve entonces que la paciente adquiera capacidad de focalizar estos sentimientos en ella y lo que le generan.

Sofía es una paciente que es puntual a sus citas, no las cancela y cuando lo debe hacer las reprograma sin mostrar resistencia al proceso. Manteniendo una comunicación abierta y directa con el terapeuta.

Aproximadamente en la cita número 8 la paciente logra establecer en ella las condiciones para encargarse de sus afectos, sigue siendo ansiosa y mostrando malestar físico, pero ya reconoce en ella los elementos que le generan estas situaciones y establece algunos modos para afrontarlos.

En un momento la paciente tuvo dificultad económica para realizar el pago del proceso y se establece un pago simbólico durante un tiempo, la paciente logra realizar por ella misma los elementos con los cuales paga y se apropia del espacio.

Durante el proceso se trabaja sobre el proceso de separación-individuación de la paciente frente a las condiciones de su familia y las elecciones de amor que realiza, la paciente intenta

realizar experimentación con diferentes situaciones lo que hace que al no encontrar lo esperado en estas experimentaciones resurjan síntomas de ansiedad y de frustración frente a las situaciones en particular con los hombres.

El proceso, al establecer las condiciones del cierre, da un giro con respecto a la situación de deseo de vinculación afectiva con los hombres y se establece como foco de trabajo la independencia psíquica a nivel familiar. Este cambio de foco permite que la paciente centre sus afectos en otro espacio psíquico, lo que hace que también el afecto por los hombres se desarrolle de forma más natural en ella. Durante este tiempo la paciente conoce a un hombre su pareja al momento de terminar el proceso terapéutico.

El determinar el tiempo para el cierre del proceso por las condiciones propias de la paciente, ganarse una beca y tener un tiempo definido por las condiciones de la misma, permiten que emerjan ansiedades frente el proceso y temores, pero a partir de este momento se trabaja durante 6 meses y se posibilita en la paciente la maduración de las condiciones de autonomía, criterios de vinculación afectiva, elección de pareja, cambio de la idea del amor infantil al amor maduro.

Durante el proceso de cierre la penúltima cita la paciente llega a consulta con la emergencia de una sintomatología particular frente a la ansiedad que le genera que el novio le diga que desea ir a visitarla, es necesario realizar una cita adicional para permitir tramitar este sentimiento de ansiedad emergente y que se pueda realizar el cierre con unas condiciones adecuadas y fortaleciendo el vínculo transferencial en el caso.

7.2 Isabel

El total de citas fueron 60 durante el proceso total de trabajo terapéutico.

En las primeras sesiones se trabajó el motivo de consulta de la paciente, su historia familiar y los síntomas que habían generado su remisión por parte de Neuropsicología. De igual manera en estas primeras sesiones se trabaja el vínculo y se hace el proceso diagnóstico inicial que orientará el posterior trabajo.

Isabel es una paciente puntual y organizada con sus citas, en todo el proceso solo llegó a cancelar 2 citas por enfermedad médica, las cuales posteriormente volvió a programar. Su semblante al inicio del proceso es de una mujer con poca vitalidad, descuidada un poco en su aspecto de imagen personal y con una posición sumisa frente a la voluntad de los demás.

A lo largo del proceso su discurso se centra en las problemáticas familiares, especialmente de sus hijos, hablando poco de sí misma, recurriendo en forma defensiva a la descripción detallada de las problemáticas de los otros, más que en la implicación de sí misma.

Alrededor de la cita 23 en la paciente empieza a generarse un movimiento frente a la relación que establece con los otros y empieza a verbalizar un poco sobre sus sentimientos, pensamientos hacia los demás; lo que incrementa su autoestima y promueve el proceso de individuación.

Durante el proceso se trabaja la dependencia en la relación con los otros, especialmente con su exesposo y la dificultad para ponerle límites a los demás; donde la paciente logra resignificar con menor angustia y dolor, experiencias de su infancia y vacíos afectivos frente al vínculo establecido con su madre. En este sentido el proceso se centra en promover la

diferenciación (separación) y autonomía (individuación) de la paciente.

En la cita 50 se anuncia el inicio del proceso de cierre, debido a las circunstancias institucionales (cierre por vacaciones colectivas) y al proceso de la EPS (inicia proceso de transición de las autorizaciones por CTC (Comité Técnico Científico) a sistema MIPRES (MiPrescripción), donde no había claridad en el momento de cómo se manejaría para el servicio de psicología); frente a lo cual la paciente lo asume con tranquilidad frente a la posibilidad de poder continuar el proceso si lo llegara a requerir (confianza en el vínculo) y a su vez la conciencia de la temporalidad (finitud del proceso) la lleva a centrarse más en trabajar en sí misma, verbalizando más sobre sí y no tanto la descripción de conductas propias o de los demás.

El proceso de cierre se trabaja durante 10 citas, donde se evidencian avances significativos en el proceso de la paciente, relacionados con los recursos adquiridos en la terapia para enfrentar el mundo. Se encuentra un mayor nivel de organización en la confianza con el objeto, donde se permite ser más ella misma, ahora puede pensar por sí misma en la seguridad del vínculo con el otro, donde se ha logrado promover un asunto de resiliencia, que es evidenciado por la paciente y su entorno.

8. Marco conceptual de referencia

Quien pretenda aprender por los libros el noble juego del ajedrez, pronto advertirá que sólo las aperturas y los finales consienten una exposición sistemática y exhaustiva, en tanto que la rehúsa la infinita variedad de las movidas que siguen a las de apertura. Únicamente el ahincado estudio de partidas en que se midieron grandes maestros puede colmar las lagunas de la enseñanza. A parecidas limitaciones están sujetas las reglas que uno pueda dar para el ejercicio del tratamiento psicoanalítico (Freud, 1913, p. 125).

8.1 Cierre y finalización del tratamiento

En la literatura se encuentran diversos desarrollos teóricos que hablan de la finalización de la psicoterapia; sin embargo son pocos los que se encuentran relacionados con el cierre, cuando su objetivo no es necesariamente la finalización, es por esto que hemos encontrado la necesidad de profundizar y de conceptualizar un poco más el proceso de cierre terapéutico.

Hemos podido establecer que el cierre del proceso da cuenta de un momento particular que se define por circunstancias del proceso terapéutico, de la vida del paciente y su situación particular y en algunos casos del terapeuta. En los casos que presentaremos en este trabajo de grado vemos como en un caso SOFIA existe una circunstancia ajena al proceso terapéutico que introduce el cierre, y como en el caso de ISABEL las vacaciones de la institución y la particularidad del sistema de salud colombiano, hacen que se planee el cierre terapéutico.

Freud (1913) decía al respecto que:

La extraordinaria diversidad de las constelaciones psíquicas intervinientes, la plasticidad de todos los procesos anímicos y la riqueza de los factores determinantes se oponen, por

cierto, a una mecanización de la técnica, y hacen posible que un proceder de ordinario legítimo no produzca efecto algunas veces, mientras que otro habitualmente considerado erróneo lleve en algún caso a la meta. Sin embargo, esas constelaciones no impiden establecer para el médico una conducta en promedio acorde al fin. (p.125)

Esto nos permite pensar que son muchas las condiciones que llevan a pensar el cierre, como lo hemos empezado a introducir: las condiciones temporales, económicas, situacionales, entre otras, hacen pensar que es importante trabajar el cierre con más detenimiento en los desarrollos teóricos.

Desde esta perspectiva queremos establecer que no solo debemos pensar el fin del proceso terapéutico, sino plantear que existen condiciones que nos permiten establecer unos tipos de cierres: cierres temporales, cierres parciales o cierres totales de los procesos terapéuticos.

Sigmund Freud (1913), en “Análisis terminable e interminable” se pregunta por si “*¿existe un término natural del análisis y, en tal caso, es posible alcanzarlo?*” (p. 227). Para esto intenta precisar a qué se hace referencia cuando se habla de “fin de análisis”, para lo cual plantea que debe existir al menos dos condiciones: “*primero, que el paciente ya no sufra de sus síntomas y haya superado tanto sus ansiedades como sus inhibiciones; segundo, que a juicio del analista ya no sea de temer la repetición de sus procesos patológicos*” (p. 227), lo que llevaría finalmente a que analista y paciente ya no se reúnan más.

Pero igualmente plantea otra posición donde implica “*alcanzar un nivel de absoluta normalidad psíquica, capaz de mantenerse estable*” (Freud, 1913, p. 227); en este sentido concluir un fin de análisis solo es posible en aquellos pacientes en los cuales el Yo no estaba muy alterado y la etiología de su trastorno era esencialmente traumática, donde no será necesario continuar el proceso de análisis, ya que habrá cumplido “*su misión maestra: reemplazar por un resultado más*

correcto el desenlace imperfecto de la infancia, reforzando con tal fin al Yo. (p. 228).

Entonces ¿qué pasaría con los pacientes que no han cumplido estas dos condiciones planteadas por Freud?, ¿es posible establecer que podemos hacer unos cierres en vez de una finalización? Las condiciones sociales nos han llevado a establecer la celeridad de los procesos y los tiempos de eficacia o cambio de los mismos, los pacientes desean establecer unos periodos de tiempo más cortos y ver resultados en su proceso de manera más rápida, lo que nos ha llevado a plantear que la atención flotante es necesaria, pero también como lo define Fiorini, Defrey, Elizalde, Menéndez y Rivera (1996) es necesario establecer unos focos de trabajo, dando cuenta de las necesidades actuales de los procesos, las instituciones de salud establecen un número finito de citas y el deseo de los pacientes de obtener resultados en tiempos más cortos.

Durante este tiempo es indispensable que los terapeutas nos encarguemos de dar los suficientes recursos, y opciones a los pacientes para que puedan hacer su tarea psicológica de individuarse, establecer su lugar frente al proceso y definir cuando están listos para hacer cierre a lo elaborado durante el proceso terapéutico, permitiendo la reestructuración psíquica por medio de la integración, logros de identidad y constancia objetal.

Desde esta lógica, Freud (1913), plantea que el trabajo analítico está orientado a darle las herramientas suficientes al Yo para que sea un Yo lo más normal posible, estableciendo adecuadas condiciones psicológicas para que el Yo funcione y así alcanzar su fin: *“no pretendo afirmar que el análisis constituya, en general, una labor sin término (...) la terminación de un análisis es, a mi juicio, una cuestión práctica”* (p.254).

Fromm-Reichman (1984) señala que desde el inicio el terapeuta debe ayudar al paciente a entender como es el desarrollo de las sesiones terapéuticas y su fin, como el paciente debe aportar

al principio con ayuda el material necesario para el trabajo terapéutico. Respecto al fin de las sesiones pueden estar dadas por el “rigor del reloj” en el caso de las sesiones institucionales determinadas por lo autorizado por el sistema de salud, Frieda Fromm-Reichman nos dice en este texto que no debe darse fin a una sesión, en los momentos en que el paciente se encuentre en momentos de mayor ansiedad, que debe tener el paciente el suficiente tiempo para significar lo trabajado durante las sesiones antes de salir de la consulta, también que son en algunas ocasiones los mismo pacientes lo que ponen fin a las sesiones, al sentir dependencia hacia una persona (terapeuta), esto lo podemos llevar al tema del fin terapéutico, y retomar estos dos momentos, permitiéndonos pensar en que es necesario que el paciente pueda tramitar sus ansiedades lo suficientemente antes de hacer el fin del proceso y que el cierre puede estar determinado por el terapeuta como por el paciente en una forma de independizarse y tomar el control de lo que le pasa.

Al respecto, Fromm-Reichman (1984), aclara que tanto el paciente como el terapeuta deben estar satisfechos con el proceso, haber analizado juntos y determinar cuáles fueron los logros obtenidos *“siempre y cuando el enfermo haya logrado un suficiente grado de compenetración duradera en sus operaciones interpersonales y su dinámica como para que le permita, en principio, manejarlas, adecuadamente.”* (p. 211).

Fromm-Reichman (1984), presenta entonces una posición distinta a la de Freud, planteando que el propósito del fin (sic) del proceso no es la perfección emocional del paciente, que no es necesario que los pacientes signifiquen todas las experiencias disociadas y reprimidas; sino que finalmente lo que buscamos en el proceso es que el paciente adquiera las suficientes herramientas, conocimiento de sí mismo, de sus procesos, que le permitan tener manejo de sus mecanismos de defensa, dándole autonomía y capacidad de relacionarse con sí mismo, los otros y

el mundo que lo rodea, evitándose el recaer en peligros y protegerse de lo sintomático que lo puede aquejar:

Crecimiento la maduración y la expansión de la personalidad en la dirección de la capacidad de autorrealización, el brindar y aceptar amor, y formar relaciones íntimas duraderas, son todas experiencias continuas de vivir. Su perpetuación y renovación debiera ser un objetivo perenne en las vidas de todos los ex pacientes. (1984, p. 215)

Desde esta lógica se encuentra que el proceso de cambio y recuperación de un paciente puede llevarse a un “final natural” en muchos casos, como lo propone Fromm-Reichman (1984), esto nos da cuenta de cómo un proceso que permita el trabajo y elaboración de las condiciones relacionales de los pacientes, que pueda hacer frente a la relación con sí-mismo, los otros y el mundo, va a permitir la elaboración de la experiencias del paciente y cuando se permita el trabajar el cierre del proceso, vamos a elaborar con el paciente la vivencia de la exclusión lo que nos daría cuenta del trabajo propuesto por Fromm-Reichman.

Cuando el paciente establece una alianza terapéutica, permite que su psiquismo esté en constante movimiento, lo que puede generar en algunos la sensación de bienestar, esta es tenida en cuenta como otro de los motivos para la terminación, los pacientes tienen una sensación de estar bien, que sus conflictos emocionales están mejor, que pueden tener de nuevo la suficiente autonomía y valerse por sí-mismos.

En este sentido deben ser considerados esos sentimientos de bienestar a la hora de tomar decisiones frente al cierre del proceso terapéutico y debe estar anudado a otros síntomas de recuperación de la autonomía del paciente que den cuenta de la terminación del tratamiento para que sea exitosa, hacer una revisión de los logros terapéuticos, evaluar el progreso del paciente en

tanto sus capacidades y herramientas yoicas, estableciendo el momento idóneo para la terminación. (Fromm-Reichmann, 1984; Klein, 1950)

En algunos casos la terminación puede ser anticipada respecto a los objetivos terapéuticos, esto por múltiples motivos, número de sesiones autorizadas a los pacientes por el sistema de salud, dificultades económicas, traslados en el lugar de residencia de los pacientes entre otros, esto nos plantea diversas formas de encarar este fenómeno, la posibilidad de que el paciente continúe el proceso terapéutico con otro terapeuta, o que el paciente pueda reanudar el proceso luego de un intervalo de tiempo, lo que le permitirá al paciente y al terapeuta evaluar los logros obtenidos por el paciente durante el periodo de tratamiento.

8.1.1 Sobre las ansiedades del cierre. Melanie Klein (1950) plantea que “*la terminación de un análisis reactiva en el paciente las situaciones más tempranas de separación, que es como una experiencia de destete*” (p. 52), ante lo cual ella recomienda explorar y preguntarse hasta qué punto los conflictos y ansiedades experimentadas en el paciente durante su primer año de vida, han sido suficientemente analizados y elaborados en el tratamiento. Igualmente, Horner (1991), considera que en el proceso terapéutico, la fase de terminación confronta al paciente y al terapeuta con sentimientos asociados a la separación y pérdida, estos sentimientos dice que pueden haber sido trabajados durante el proceso, pero que en la fase de terminación se hacen de nuevo visibles por ser parte del aquí y del ahora asociadas al mundo relacional, a los otros.

Fromm-Reichman (1984), plantea que la experiencia de terminación del proceso en pacientes que pueden llegar a sentir que han contado con el terapeuta para enfrentar sus dificultades, puede llegar a ser angustiante y generar temor, por el sentimiento de pérdida que le

genera la renuncia a la ayuda terapéutica: *“la terminación del tratamiento implica intercambiar la lealtad de un guía útil y benévolo por una lucha solitaria con la vida contando estrictamente con sus propios medios”* (p. 217), esto puede derivar a un alargamiento de las sesiones finales por parte del paciente, siendo una resistencia a la terminación, una negación de la pérdida, por otra parte el terapeuta debe trabajar en reforzar en el paciente el crecimiento y maduración lo que estimulará su capacidad de hacerse cargo.

El establecer el cierre del proceso puede ser sentido como una forma de separación de un vínculo que ha sostenido al paciente durante un tiempo y el pensar esta etapa de cierre va a establecer un momento de separación – individuación del paciente y el terapeuta, lo que puede generar como lo plantean diversos autores entre ellos Braier (1999), que tanto el paciente como el terapeuta deben afrontar el duelo ocasionado por la finalización del vínculo terapéutico: *“los resultados del tratamiento están relacionados con las posibilidades de paciente y terapeuta de tolerar suficientemente la separación”* (p. 193). Los retrocesos y empeoramiento en el estado del paciente son un intento de evitar ser dado de alta y evitar con ello la separación del terapeuta.

En este sentido, Braier considera que la separación por parte del paciente está relacionada con su estructura psíquica (1999, p. 194):

1. Yo relativamente fuerte acepta la separación y la viven como una oportunidad de comprobar y poner en práctica lo aprendido hasta entonces en el tratamiento.
2. Otros se conforman con el alivio sintomático y una vez logrado este desean la terminación del tratamiento.
3. En otros surgen intensas ansiedades y llega a movilizarse incluso el temor a la muerte y la locura. Pacientes con tendencias a establecer espontáneamente vínculos de características simbióticas, regresivas y altamente dependientes, así como aquellos cuya dependencia

regresiva haya sido fomentada por el terapeuta a lo largo del tratamiento.

El mantenimiento de la mejoría dependerá en gran parte de sus posibilidades de introyectar y conservar una buena imagen del terapeuta, lo cual será posible si prevalece una transferencia positiva al terminar el tratamiento.

Braier (1999), considera que al promover la individuación de los pacientes estamos permitiendo que el Yo adquiera los suficientes elementos y herramientas para que pueda introyectar el cuidado de si y estar lo suficientemente organizado, el proceso de separación con el terapeuta puede generar algunas ansiedades de separación, de pérdida o de abandono, la forma como en el proceso de cierre se trabajen estos elementos vamos a permitir que decline la relación transferencial y el paciente logre el lugar de exclusión. El mantenimiento de la mejoría dependerá en gran parte de sus posibilidades de introyectar y conservar una buena imagen del terapeuta, lo cual será posible si prevalece una transferencia positiva al terminar el tratamiento.

En esta misma línea, Braier (1999) determina que existen unas condiciones para que el cierre se dé más adecuadamente, estas condiciones son:

1. La capacidad del paciente para poder tolerar suficientemente el duelo por la separación. Esto se debe detectar desde el inicio del proceso.
2. Las condiciones del contrato psicoterapéutico. Se procurará disminuir la intensidad de las regresiones, otorgar un tiempo suficiente al tratamiento que contemple la posibilidad de analizar el duelo por separación.
3. La capacidad del terapeuta para no favorecer la dependencia regresiva.
4. El mantenimiento de una transferencia positiva a posteriori de la realización del tratamiento, al cual podrían contribuir las entrevistas periódicas de seguimiento.
5. El alta debe colocar al paciente en condiciones de vivir una experiencia estimulante y

reaseguradora, a partir de la comprobación de que su auto desenvolvimiento es ahora posible.

8.1.2 *La tarea del cierre.* Coderch (1990), plantea que para pensar la terminación del tratamiento se hace necesario tener claro cuáles son los objetivos del mismo y determinar cuándo y hasta qué punto se puede considerar que han sido alcanzados en un grado suficiente para darlo por finalizado. En este sentido la mejoría en el paciente se puede observar en la medida “*que el paciente sea capaz de superar las dificultades con la realidad externa o frente a su propio comportamiento que le han conducido a solicitar ayuda*” (p. 266). Más que la búsqueda de la “cura” en su sentido clásico, se busca que el paciente adquiera la capacidad de continuar de manera autónoma el aprendizaje que inició con la ayuda del terapeuta, “*a fin de que se acerque a su íntima realidad y le sea factible conocer su verdadero self y desechar su falso self*” (p. 267).

Al respecto Horner et al. (1994), consideran que la tarea principal es la consolidación de las ganancias obtenidas en las fases anteriores: un reconocimiento completo de los deseos edípicos y una reformulación de la relación real de los pacientes con sus padres. Esto implica una aceptación genuina de los aspectos positivos y negativos de los padres y las emergencias de funciones ocultas como la intimidad y la cercanía, así como áreas de identificación personal y profesional. La tarea, entonces, de la fase de resolución sería confirmar, repetir y consolidar estos puntos de vista desde muchos puntos de vista.

Adicionalmente, Horner et al. (1994) señalan que con aquellos pacientes que sufren de una psicopatología relativamente poco complicada, la fase de resolución aumenta el dominio del paciente sobre los impulsos y los sentimientos y permite al paciente reconocer impulsos

ambivalentes; logrando como consecuencia que las imágenes internas de objetos se reorganicen. En cambio, en aquellos pacientes donde hay una pérdida o una psicopatología complicada, requerirán atención frente a las cuestiones de la separación, especialmente una detallada atención de las implicaciones transferenciales.

8.2 Lectura de procesos

Para Horner (1982), la forma como se estructura el mundo relacional intrapsíquico del paciente es por medio de las representaciones del sí-mismo y del objeto, dando lugar a las representaciones mentales; estas se establecen de manera organizada, siendo resultado del proceso de las fases del ingreso a la resolución triádica: identificación de lugares, identificación de normas, identificación del mundo objetal y la resolución de elecciones permitiendo la diferenciación y la integración. Este tipo de estructuración determina la relación del paciente con los otros y el mundo, permitiéndonos entender su organización psíquica. Además, Horner (1991) expresa que las estructuras intrapsíquicas se constituyen en una forma de organización del Yo, y las representaciones mentales del si – mismo y de los otros, las cuales se establecen en los vínculos con los otros y la relación con los lugares y con las vivencias interpersonales.

En la presente investigación se trabaja el esquema del mundo representacional de Horner (1984), adaptado por Schnitter (2001), que sigue la perspectiva del desarrollo y nacimiento psicológico planteada por Mahler (1982), adaptado por Schnitter (2001), el cual permite hacer una lectura de cómo el mundo representacional de los pacientes se ha construido; la organización y la estructuración de la representación de sí-mismo y la de los otros y la del mundo (Figura 1), se

establece como la matriz representacional, lo que nos permite establecer un diagnóstico del proceso particular del paciente, estableciendo su nivel de conflicto, estructura y carácter.



Figura 1. Mundo representacional. Horner (1982), adaptado por Schnitter, 2001)

La representación de las relaciones objetales configura la forma como se establece el mundo interno, por intermedio de dos formas básicas la representación del si-mismo y la representación del objeto, una organización estable y duradera del afecto y el impulso de las personas frente al objeto (Horner, 1991).

La relación maternante primaria para Horner (1982), es la que facilita el desarrollo posterior del nacimiento psicológico, lo que le permite la organización del contenido del proceso, las vivencias que se convierten en experiencias y posteriormente construye su mundo interno o representacional. La predictibilidad, la representación firme del cuidador maternante ofrece la posibilidad de significar las experiencias tempranas, son estas experiencias las que permiten que el niño se organice por medio de las experiencias y vivencias, lo que harán parte de la integración del sí-mismo y de la realidad que representan, siendo el vínculo entre las experiencias internas y la relación con los otros. La matriz maternante es la que permite la organización y da las bases para el desarrollo de las habilidades de relación. Siendo así como se establece la relación entre el

ambiente y los objetos maternantes, los cuales se espera se establezcan de una manera sólida, predecible, y constante. Es así como el nacimiento psicológico se da por medio de la fusión con el otro (Mahler, 1977) que lo sostiene (Winnicott, 1996). Podremos plantear que se establece y es producto del mundo relacional. El transcurrir por experiencia diádica que implica la simbiosis y la separación-individuación en el paciente y esta a su vez permiten que emerjan las representaciones mentales, que con el paso de las vivencias se establecen de manera constante haciéndose duraderas, se estructura como una organización mental duradera, se vuelve intrapsíquica. (Horner, 1991)

Los cuidadores maternantes permiten que el niño se organice, sosteniéndolo y cuidándolo, permitiendo que pueda representar el mundo basado en sus vivencias y experiencias relacionales, será a su vez el cuidador el que le permita establecer un cuerpo/mente por medio de los cuidados, el contacto, el afecto, dando cuenta del surgimiento de la matriz relacional; es por cuenta de la relación con los otros que surge el nacimiento psicológico y le permite la construcción del mundo interno y el mundo representacional. (Spitz, 1965)

Si pensamos que existe una matriz relacional y una matriz maternante, también podemos establecer la existencia de la matriz terapéutica, lo que es el devenir de la relación clínica; ésta da cuenta de las herramientas y el tipo de trabajo que se realiza con los pacientes, el tipo de intervención bajo la concepción de Horner (1982) que plantea la matriz terapéutica como el equivalente a la matriz maternante, la cual posibilita los procesos de separación-individuación; es allí en la matriz terapéutica, donde se posibilita que el vínculo entre paciente y el terapeuta promueva la organización de acuerdo con los recursos de individuación del sujeto y permitan el establecimiento de las condiciones adecuadas para la adaptación y resolución de sus conflictos.

Según Winnicott (1996) el terapeuta debe sostener (*holding*) al paciente, lo que va a

permitir que se pueda promover la diferenciación y la individuación por medio de una relación confiable; el proceso terapéutico da cuenta de un lugar y de unas herramientas que ayudan a la resignificación del contenido de la narrativa del paciente.

Horner (1991), plantea que la transferencia en la situación terapéutica es una manifestación de la organización de las relaciones objetales del paciente, donde a su vez los elementos contratransferenciales son una clave para entender cómo se replica en el proceso terapéutico el contexto relacional objetal. En este sentido el lugar del terapeuta sería el de mediar dentro de la matriz terapéutica, donde el encuentro terapéutico emerge como posibilidad de construcción y resignificación del motivo de consulta del paciente, para permitir la definición y progresión de los focos terapéuticos.

El establecimiento de la transferencia en el espacio terapéutico nos da cuenta de cómo las vivencias relacionales del paciente se ponen en el espacio clínico, como son similares al principio de incertidumbre de Heisenberg, planteado por Coderch (2012), donde compara la interacción de las moléculas con los átomos y como la transferencia es tenida en cuenta como la interacción del paciente con el terapeuta en tanto sus vivencias afectivas y emocionales, las cuales van a estar en interacción constante permitiendo la construcción de los logros terapéuticos.

8.3 Focalización

La focalización en psicoterapia es un concepto que diversos autores han abordado para explicar cómo la labor terapéutica se centra en determinada problemática del paciente, la cual adquiere un lugar prioritario sobre otros ejes problemáticos del paciente.

En este trabajo investigativo se retoma la propuesta de foco desarrollada por Fiorini,

Defrey, Elizalde, Menéndez, y Rivera (1996), Fiorini (1977), y el trabajo de focalización sobre la base de los ejes II, III y IV del OPD-2 (Grupo de Trabajo OPD, 2008).

8.3.1 El concepto de Foco. Fiorini (1977), señala que el foco tiene un eje central en la práctica psicoterapéutica, siendo conformado este eje por el motivo de consulta e íntimamente ligado a este se encuentra un conflicto nuclear exacerbado y la situación grupal específica.

En este sentido Fiorini (1977), considera que en el planteamiento del foco se deben considerar varios elementos que lo componen, como lo son los *aspectos caracterológicos del paciente* (los cuales hacen referencia a los dinamismos intrapersonales activados, las modalidades defensivas personales y etapas no resueltas del desarrollo infantil, que se actualizan y movilizan por la situación particular del paciente), los *aspectos histórico-genéticos individuales y grupales*, que se reactivan con la situación actual, el *momento evolutivo individual y grupal* (hace referencia a las necesidades propias de ese momento evolutivo y las tareas que conlleva) y los *determinantes del contexto social más amplio* (que están relacionados con aquellas condiciones culturales, socioeconómicas, académicas, laborales, que influyen en diversas maneras en la situación de conflicto); todos estos elementos alimentan esa situación actual estructurada alrededor de un eje central, que para Fiorini (1977), es el motivo de consulta y el conflicto nuclear.

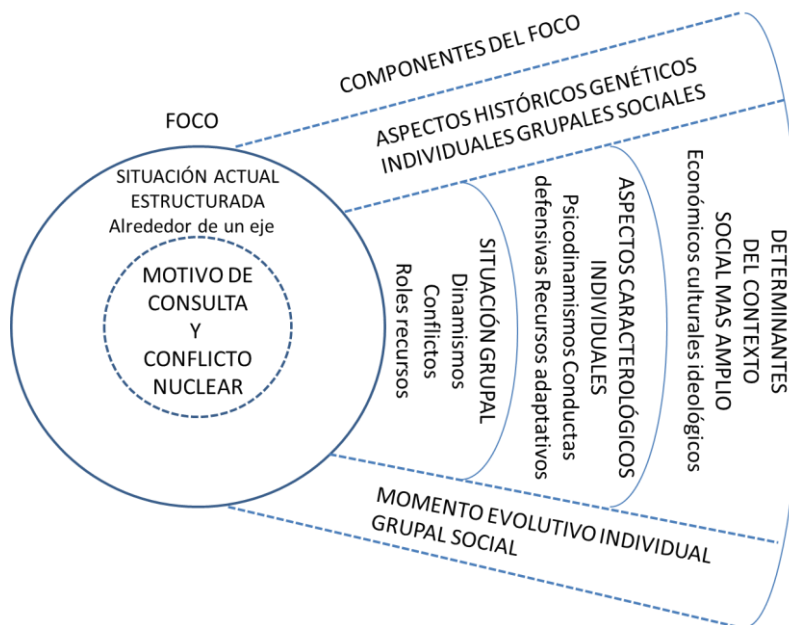


Figura 2. Estructura del Foco (Fiorini, 1977, p. 92)

Este autor considera igualmente que la posibilidad de explorar cada una de estas zonas de manera profunda depende de una serie de factores reguladores que están conformados por:

a) Desde el paciente y su grupo familiar, un conjunto de factores: condiciones de vida, culturales, ocupacionales, geográficos; motivación y aptitudes para el tratamiento. b) Desde el terapeuta y la institución otros condicionantes: esquemas teóricos, recursos técnicos que integran su arsenal terapéutico, disponibilidad de personal y espacios, estilos de supervisión: este conjunto de factores influye en decisiones sobre tiempo, objetivos y técnica que son a su vez reguladores del foco.

Este conjunto de factores establece la amplitud general que habrá de darse al trabajo sobre el foco. c) En cada momento del proceso no obstante, la focalización adquirirá una amplitud particular. (Fiorini, 1977, p. 93)

En la presente investigación se consideran estos factores como elementos que orientan el

razonamiento clínico del proceso del cierre, pues éstos influyen de manera significativa en la orientación que el terapeuta le dará al proceso, donde se consideran precisamente las condiciones particulares del paciente, el terapeuta y el contexto donde se establece esta relación terapéutica.

El pensar la focalización, implica considerar que es posible llevar a cabo el trabajo terapéutico centrándose en la manera en que el funcionamiento psíquico del paciente se expresa en un área de funcionamiento, con sus conflictos: “Focalizar no quiere decir en ese caso un recorte ingenuo. Nosotros podemos seguir escuchando hablar de lo que se habla y de todo aquello que resuena con lo que se habla, y podemos ir explorando hasta donde el paciente puede acompañarnos en ese conectar con lo que resuena” (Fiorini, Defrey, Elizalde, Menéndez, & Rivera, 1996, p. 54)

8.3.2 Determinación del foco sobre la base de los ejes II, III y IV del OPD-2. El OPD-2 (Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado, versión 2) (Grupo de Trabajo OPD, 2008), es un sistema diagnóstico multiaxial complementario al sistema CIE, el cual ha sido desarrollado por un grupo de psicoanalistas y psicoterapeutas alemanes (“círculo de trabajo OPD”), los cuales lo han desarrollado de manera amplia en el trabajo clínico e investigación, contando con estudios de validez y confiabilidad.

El OPD-2 consta de un inventario diagnóstico multiaxial que se basa en cinco ejes diferentes: Eje I: Experiencia de enfermedad y prerrequisitos para el tratamiento Eje II: Relación Eje III: Conflicto Eje IV: Estructura Eje V: Trastornos psíquicos y psicósomáticos. Además, propone algunos elementos técnicos frente al diagnóstico e indicación de terapia que orientan al clínico en el proceso de evaluación e intervención del paciente.

El OPD-2 plantea que en la planificación de una psicoterapia, a la hora de focalizar, los ejes propiamente psicodinámicos (relaciones interpersonales, conflicto y estructura), pasan a un primer plano para orientar el trabajo psicoterapéutico y permiten la elección de focos. Esto debe ser antecedido por un claro proceso diagnóstico, que permita tener claridad sobre cómo se desempeña el sujeto en estos tres ejes.

Frente a **la relación** (Eje 2) se busca identificar y diagnosticar los patrones interpersonales disfuncionales, desde la *perspectiva vivencial del paciente (perspectiva A)*, donde se identifica cuál es su imagen interna de acuerdo a la manera en que establece sus relaciones; y, la *perspectiva vivencial de los otros, incluyendo también la del evaluador (perspectiva B)*, donde se indaga cómo los otros vivencian repetidamente las ofertas relacionales del paciente y cómo reaccionan a éstas ofertas.

Con relación al **conflicto** (Eje 3) se proponen como focos los dos conflictos principales, donde se consideran el momento diagnóstico actual (diagnóstico de estado) y el amnésico (biográfico), que se reactiva en la entrevista. En el OPD se plantea entonces, que a través de estos, se hace manifiesta la dinámica conflictiva interpersonal e intrapsíquica y la manera como determina la conducta del sujeto.

Desde el OPD se proponen como conflictos los siguientes (Grupo de Trabajo OPD, 2008, p. 384):

C1. Individuación versus dependencia

C2. Sumisión versus control

C3. Deseo de protección y cuidado versus autarquía

C4. Conflicto de autovaloración

C5. Conflicto de culpa

C6. Conflicto edípico

C7. Conflicto de identidad.

Con relación a la elección de focos desde la *estructura (Eje 4)*, el OPD plantea como necesario evaluar e identificar cuánto participan las limitaciones estructurales en el trastorno y cómo este es dependiente del conflicto. Estas limitaciones se determinan con la evaluación de las ocho dimensiones estructurales que propone el OPD. Esta comparación entre el diagnóstico estructural y de conflicto permite identificar en la comprensión diagnóstica la importancia de los aspectos estructurales y así plantear las metas terapéuticas.

8.3.3 Evolución del foco. Fiorini (1977), plantea que el foco puede ir modificándose a lo largo del proceso terapéutico, considerando su duración y las características del paciente. Es así como:

En una psicoterapia breve es probable que todo el proceso gire sobre una situación focal, y el avance del proceso consista solamente en el enriquecimiento del modelo estructural que se vaya armando de la situación: densificación progresiva de los componente del foco por la comprensión de sus sobredeterminaciones, clarificación de las articulaciones y líneas de fuerza principales en el montaje de la estructura. En psicoterapias más prolongadas puede ir desplegándose una sucesión de focos, cada uno de ellos caracterizando una etapa del proceso. El paciente suele en estos casos proponer espontáneamente una seriación, privilegiando una situación en cada etapa (Fiorini, 1977, p. 97)

De igual manera Horner (1982), citando a Blanck y Blanck (1974), señala cómo los diagnósticos se van modificando en el curso del tratamiento: *“puesto que las técnicas de construcción yoica tienen como meta la alteración de la estructura yoica. De hecho, una manera de describir el tratamiento es cambiar el diagnóstico”* (p. 297)

8.4 El Umbral de la transferencia

El Umbral de la transferencia, es un concepto propuesto por Schnitter, como resultado de su trabajo investigativo y experiencia clínica. Este concepto es entendido como *“la denominación del período previo al establecimiento del vínculo terapéutico propiamente dicho. Este período constituye una puerta de entrada que se fragua entre las primeras 4 a 8 sesiones de la etapa diagnóstica”* (Schnitter, 1999).

Es un tiempo en el que el paciente pone a prueba las capacidades del terapeuta para definir la continuidad en el proceso terapéutico, este tiempo se da durante las entrevistas iniciales, donde el establecimiento del vínculo se va dando de forma progresiva, posibilitando que la alianza terapéutica se forme de tal manera que permita proporcionar información diagnóstica, sobre la estructura y el carácter del paciente y conocer aspectos esenciales del estilo vincular del paciente.

Durante las primeras 4 sesiones según Schnitter (1999), se puede establecer, por parte del terapeuta, si es posible o no la realización del proceso terapéutico, definiendo así un espacio-tiempo para que se permita al paciente un proceso de reflexión sobre sí mismo y el asumir un rol frente al proceso, lo que permitirá el establecimiento de la alianza terapéutica.

Schnitter (1999), citando a Horner (1991), plantea que:

Inicialmente se considera como hipótesis diagnóstica un nivel más primitivo de organización, para evitar una intervención dirigida a una estructura con mayor nivel de organización, que en caso de no serlo tendría infortunados resultados o provocaría crisis innecesarias al inicio del tratamiento.

En este sentido, se indica que plantear el diagnóstico desde un nivel de estructura más primitivo de organización permite que la consolidación del diagnóstico y el proceso se dé de forma más natural y confiable según la estructuración de los pacientes.

El identificar este espacio de tiempo, va a permitir según Schnitter (1999), la mutua evaluación del paciente y del terapeuta, además plantea que es en este tiempo en el que ocurren las deserciones. plantear este tiempo permitirá tomar las medidas y establecer las intervenciones necesarias para posibilitar la alianza terapéutica y establecer el umbral de la transferencia.

9. Análisis del caso

A partir del análisis de los casos emergieron unas categorías (Figura 3), que dan cuenta de los elementos básicos a contemplar a la hora de pensar en el cierre y sus subcategorías que hablan de la particularidad del proceso.

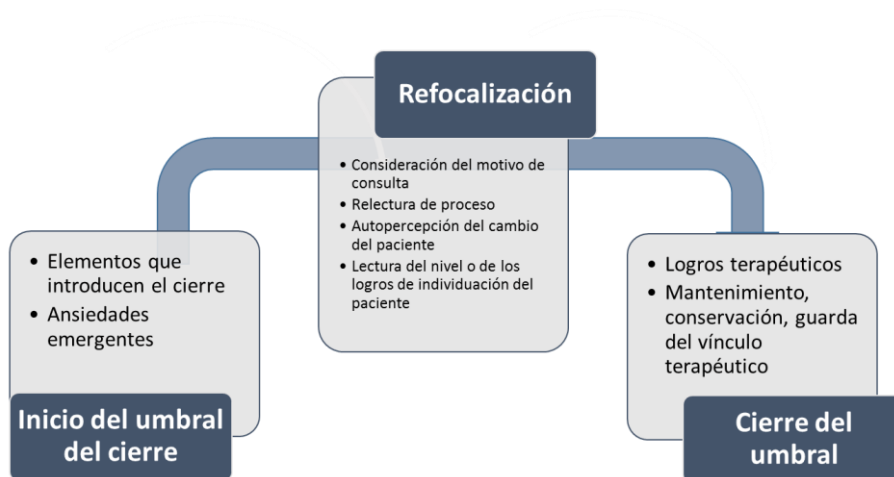


Figura 3. Mapa de categorías y subcategorías emergentes del umbral de cierre

A continuación se hace un análisis descriptivo e interpretativo de cada una de las categorías en ambas pacientes.

9.1 Categoría 1: Inicio del umbral del cierre

Para pensar *el umbral del cierre* estamos utilizando la imagen del umbral de la transferencia (Schnitter, 1999) en la que se abre un espacio potencial cuando un consultante solicita atención

psicológica e inicia un proceso diagnóstico, antes de que se establezca un vínculo transferencial, propiamente terapéutico; siendo éste como la puerta de entrada que se organiza alrededor de la cuarta y a octava sesión del proceso diagnóstico. En este umbral se regula el “timing” de las primeras intervenciones, mientras el terapeuta construye una hipótesis diagnóstica sobre la estructura del paciente.

Por umbral de cierre establecemos una imagen (Figura 4), a la manera de puente, donde se nombra el inicio del proceso de cierre (ya sea por parte del terapeuta o del paciente) y se inicia un ejercicio de razonamiento clínico por parte del terapeuta que trabaja sobre los motivos del cierre, las ansiedades emergentes y el proceso posterior de análisis que orientará la refocalización y finalmente al cierre propiamente dicho.



Figura 4. Mapa de subcategorías para Inicio del umbral de cierre

9.1.1 Subcategoría 1 Elementos que introducen el cierre. Esta subcategoría hace referencia a los elementos que introducen el cierre, los cuales pueden ser dados desde: el paciente, el terapeuta o el contexto.

SOFIA

En el caso de Sofía se evidencian varios momentos en los cuales se introduce el cierre del

proceso: Elaboraciones de la paciente frente al avance del proceso terapéutico, aspectos de introyección e individuación y la circunstancia de ganarse una beca para estudiar fuera del país.

En la siguiente viñeta clínica se observa como la paciente se cuestiona por el sentimiento de cura y de cómo lo asocia con la finalización de un proceso terapéutico:

Me di cuenta de algo, estábamos en clase, entonces estábamos hablando de la finalización de la terapia, entonces no sé porque empezamos a hablar de de la cura, estábamos hablando de la finalización de la terapia y terminamos hablando de la cura (...)

A partir de este momento el proceso terapéutico hace un giro en términos de la resignificación del motivo de consulta original, lo que permite focalizar el trabajo en el sentimiento que le genera el relacionarse con los hombres, pasando del pensamiento infantil que ella asumía frente a estos, a cuestionarse el amor más maduro.

Con relación a la circunstancia de la beca, lo que hace que al momento de ganarla y anunciar en terapia que debe viajar fuera del país, es que el terapeuta sea quien introduce el cierre como un período en el proceso; ya que a partir de este instante se define un tiempo con el cual se cuenta (seis meses) para cerrar o finalizar el mismo:

Me gane una beca, me avisaron el miércoles, apliqué para una beca, entonces es una beca internacional con las universidades que la universidad tenga convenio la beca

aplica (sic). Apliqué a una universidad fuera del país y me voy el otro año en enero, 6 meses, estoy muy contenta.

Terapeuta: además si te vas a ir, habrá que aprovechar este tiempo que tenés para trabajar sobre un montón de cosas que pasan. Yo me pregunto qué vas a hacer de acá al día que te vas? Es algo que debemos pensar.

Paciente: me estoy empezando a asustar, ay ya me estrese!.

Terapeuta: es algo para que pensemos, una realidad que vas a vivir.

La paciente, aun teniendo claridad en los tiempos con los que cuenta y sabiendo que debe viajar en 6 meses, no asume la situación, por lo que el terapeuta introduce el tema y la particularidad del cierre, lo que hace que en la paciente se generen algunas ansiedades que vamos a elaborar en la siguiente subcategoría.

ISABEL

En el caso de Isabel el cierre se introduce por elementos contextuales: se acerca el fin de año que implica el cierre de la IPS por un mes, además de tener una orden de 10 citas generada por la EPS, la cual está sujeta a las condiciones de la EPS y a los cambios del sistema de salud que determinan de manera significativa el acceso y continuidad de los procesos. Estos factores llevan a considerar la necesidad de iniciar un proceso de cierre en el que se fortalezcan los recursos que el sujeto ha logrado integrar a lo largo del proceso y que le permitan enfrentar el mundo.

El terapeuta es, en este sentido, quien introduce el tema del cierre, explicándole a la paciente que tendrán 10 citas de trabajo y luego un receso por cierre de vacaciones por parte de la institución. El nombrar el cierre genera un pedido de focalización frente al motivo de consulta

(que se retomará más adelante) y lleva a la paciente a nombrar su cambio y su deseo de individuación frente a los demás:

En estas citas yo he cambiado doctora y quiero seguir así, yo necesito que usted me ayude a no sentirme culpable de decir no, que no me de miedo; porque doctora, he empezado a decirles que no quiero tal cosa o que no quiero ir a estar con la familia de Carlos, porque de verdad no quiero, pero ellos intentan convencerme y yo me siento mal (...) Me siento mal de decirles que no, pero si les digo que sí yo me siento mal porque no quiero ir, quiero decirles que no y no dejarme convencer por ellos.

Este pedido de la paciente brinda una orientación para el análisis de aquellos elementos a refocalizar en el proceso de cierre y la mueve a centrarse más en la reflexión sobre sí misma y menos en la descripción de interacciones entre ella y los demás.

9.1.2 Subcategoría 2: Ansiedades emergentes. En esta subcategoría se abordan las ansiedades que emergen al nombrarse el inicio del cierre, lo que genera en el paciente y esto como incide en el proceso terapéutico.

Las ansiedades emergentes dan cuenta del proceso y la forma como las pacientes se enfrentan al motivo de consulta original, el problema psicológico emergente y su sufrimiento, lo que les permite confrontar su sentimiento respecto a su relación con los otros y su lugar en el mundo; esto les permite experimentar, observar cómo se comportan ellas en diferentes situaciones y definir si deben asumir otra forma de afrontarlas. Esto podemos entenderlo como logros de

individuación, con los recursos de los que dispone cada paciente.

SOFÍA

Ojala para mi hubiera una forma donde a mí no me generara tanta ansiedad tanto miedo tener voluntad, yo sé que requiere un esfuerzo pero no, ay no, que no esté como tan cargada porque la verdad entonces yo siempre voy a seguir evitando, porque la sensación es tan maluca que entonces no voy a hacerlo.

Al analizar en el proceso terapéutico el cierre, se evidencia como la paciente evita trabajar lo que le genera el ganarse la beca, demorando o evitando el sentimiento que le genera: *“Es como que yo no he aterrizado, yo no aterrizo en las consecuencias de ganarme la beca”* (...),

Con mis papas estoy tranquila, yo no caigo que en realidad me voy 6 meses, yo me he demorado mucho en aterrizar, **yo no sentía emoción alguna por irme**, era como un plan muy rico, pero **no lo sentía**, después me dio mucho susto que yo decía ya me voy, ya me voy, ya me voy, pero a pesar de ese susto ya no tengo ese susto, pero no soy completamente consciente que me voy 6 meses, es como que tengo lucecitas, es que son 6 meses que me voy y se me arruga el corazón un poquito, pero que no me dura mucho. **Soy un poquito desapegada**, voy tranquila, cuando siento que me voy 6 meses a veces me da un poquito duro.

En las sesiones terapéuticas se promueve que Sofía se confronte con este tema de irse y de separarse de sus padres, permitiendo adquirir recursos para la independencia y la autonomía, lo que le facilita el proceso de diferenciación, el construir un lugar de referencia desde su deseo, aunque por su estructura de personalidad siga sintiendo ansiedades de separación y del amor del objeto, lo que se promueve es que la paciente pueda estar fuera de su núcleo familiar con los recursos necesarios para tener una adecuada estadía durante el tiempo que dura su beca.

ISABEL

En el caso de Isabel, el anuncio del cierre la moviliza a hablar más de sí misma y a no centrarse tanto en la descripción de las problemáticas de sus hijos y su implicación en ellas; ahora empieza a hablar de lo que siente, de sus temores, ya no focalizados desde el otro, sino desde sí misma. Empieza a centrarse en sus logros y cómo esto la ha llevado a ubicarse en un lugar diferente en la relación con los otros.

Pero por ese lado estoy como tranquila y como que ya, ya sé que no puedo hacer nada, ni por el uno ni por el otro, pues, yo ya cumplí, y de todas maneras ahí estoy yo, no? Y si yo no cuido de mí, quién me va a cuidar? Yo sé doctora que ahora debo pensar más en mí, no puedo apoyar a mi familia si yo no estoy bien, imagínese como sería eso (...) Doctora, me he puesto a pensar que mi tranquilidad depende de mí, qué logro pensando en los muchachos si ellos no hacen caso?, además ellos están viviendo su vida, entonces yo debo vivir la mía

En este sentido se evidencia lo saludable del anuncio del cierre para que las pacientes se centren en hablar más de sí, dimensionan la temporalidad del trabajo y la posibilidad de su finalización.

9.2 Categoría 2: Refocalización

La refocalización (Figura 5) da cuenta del proceso en el cual la situación focal del paciente gira, cambia o se establecen otras condiciones particulares a las ya trabajadas, también puede dar cuenta del momento en que se logran objetivos terapéuticos y permiten la introducción de un nuevo foco del proceso.



Figura 5. Mapa de subcategorías para Refocalización

9.2.1 Subcategoría 1: *Consideración del motivo de consulta*. En esta subcategoría se analiza el motivo de consulta inicial y luego cómo este se va transformando, derivado del avance del proceso terapéutico y la focalización.

SOFÍA

Cuando se inicia el proceso terapéutico la paciente acude a consulta privada lo que permite hacer un trabajo con unos focos que pueden variar de acuerdo a las necesidades y a los aspectos propios de la personalidad de la paciente; el proceso se desarrolla durante 14 meses.

El motivo de consulta inicial era: *“Preocupación por los niños, se me dificulta relacionarme con ellos, no he tenido novio, mi círculo amistoso son puras niñas, entré a una carrera de puras niñas”*

Durante este tiempo se pudo trabajar en establecer como la paciente se relacionaba con los hombres (a quienes ella llama “niños”), identificando ideas infantiles sobre lo que creía que era el amor, y las relaciones afectivas; durante este tiempo la paciente logra resignificar este concepto y establecer una idea propia frente a los hombres y su relación con ellos, se permite a si misma pasar de la idea infantil de amor, a trabajar lo que significa para ella una relación afectiva y su significación, ¿cómo pasar de ser una niña a una mujer?, identificar en si misma condiciones que le permiten diferenciarse, asumir su condición de mujer adulta, y alcanzar un nivel de autonomía psíquica:

Terapeuta: Nosotros arrancamos a trabajar el 19 de septiembre del 2015...

[interrumpe]

Paciente: hoy es 19 de enero, emm... que charro, muchas coincidencias, porque el día que se cumplió el motivo de consulta había pasado 1 año, es muy raro, es como, mi mamá me pregunta todo el tiempo si yo he notado cambios, yo no he notado

cambios, pero yo sé que me hace bien venir acá, es muy extraño y es lo que yo te digo, el día que se cumplió mi motivo de consulta yo dije pues, como así, este no es mi proble... debe haber otra pues, algo más, el problema no era simplemente eso, era como el síntoma, a mí me parece increíble, literal increíble que ya, debe haber algo más, pero que me atormente como en el caso de los niños no.

En esta viñeta la paciente describe su sensación con los hombres, lo que le crea la idea de relacionarse con ellos, darse un beso, se puede ver cómo le genera malestar, pero al mismo tiempo como puede tramitarla para no quedarse solo en la sensación de malestar, sino pasar a trabajar en ella y ubicarse e identificar otro lugar. Aquí las implicaciones de la diferenciación:

Ojalá para mí hubiera una forma donde a mí no me generara tanta ansiedad tanto miedo tener voluntad, yo sé que requiere un esfuerzo pero no, ay no, que no esté como tan cargada porque la verdad entonces yo siempre voy a seguir evitando porque la sensación es tan maluca que entonces no voy a hacerlo.

La paciente puede comprender que su deseo infantil puede pasar a ser una idea de mujer adulta, clarificando lugares frente a los hombres: *“No me voy a volver a fijar en un niño”* (...)

Como cuando decía que el amor por Aquiles era infantil, yo no lograba entender eso, ya lo entiendo, sabes cómo lo logre entender, porque mi amiga me dijo: estuve saliendo con un niño que se moría por mí, no sé qué, no sé qué, no sé qué y Sofí, era

un amor tan infantil y como ella describía el amor de ese niño por ella, era lo mismo como yo me sentía por Aquiles, entonces ya si me logré dar cuenta.

Esta viñeta que se retoma en otra subcategoría clínica da cuenta de cómo la paciente logra identificar sus lugares con más claridad frente a las relaciones afectivas, al poder poner en palabras frente al otro sus sentimientos.

Me quité un peso de encima gigante, gigante, descansé, es muy raro pero eso hizo, como que conocí un lado de él, no, no es que haya conocido como que caí más en cuenta de un lado de él, es que en verdad a mí me hubiera parecido un descarado donde él se fuera a vivir conmigo, entonces que hubiera sido tan comprensivo... si, no, me sentí muy bien.

Aun fluctúa la ambivalencia pero más contenida.

ISABEL

En el caso de Isabel su motivo de consulta inicial está referido a síntomas depresivos y problemas relacionados con las compras: *“Me siento muy angustiada y preocupada por mi familia, me levanto con susto de que algo malo va a pasar”* (...) *“yo siempre me mantengo así, triste, como bajita de ánimo, sin energía doctora”* (...) *“cuando salgo tengo que comprarme algo, son bobaditas para mí o para las niñas o mis sobrinas, pero algo tengo que comprar”*.

Con el avance del proceso se empezaron a trabajar los síntomas emocionales y brindar apoyo al Yo en términos de generarle seguridad y confianza en el vínculo; ella llega a consulta en un lugar de sumisión, dependencia del otro, elementos que hacen parte de su estructura y determina su posición en la relación con los demás.

Sin embargo, las condiciones contextuales de la institución y el CTC, llevan a pensar al terapeuta en la refocalización del trabajo, teniendo en cuenta la estructura de Isabel y los logros obtenidos hasta el momento, reorientando el proceso a unos focos que le permitan a la paciente tener los recursos suficientes para enfrentar el mundo y favorecer la mayor individuación posible.

Terapeuta: Muy bien, pero entonces Isabel, vamos a seguirle trabajando a eso, a que tú puedas estar así tranquila, que cuando lleguen situaciones problemáticas sepas enfrentarlas, y seguirle trabajando a ponerle ese límite a las personas, que vas muy bien, mira que estás aprendiendo a decirle a algunas cosas “No”, a intentar poner límites; mira que ya estás logrando expresar muchas veces lo que tú piensas, lo que tú sientes frente a las cosas, y eso es un logro muy grande, y mira que la gente te está sintiendo distinta, te está sintiendo tranquila, entonces eso es un gran avance que te demuestra lo que has logrado construir y de lo que eres capaz...“

En este sentido se focaliza el proceso en la posibilidad de separarse afectivamente de su exesposo y tener la capacidad de expresar a los demás sus deseos y pensamientos, promoviendo la diferenciación y la individuación.

9.2.2 *Subcategoría 2: Relectura de procesos.* La relectura del proceso da cuenta de la forma cómo los diagnósticos se van moviendo durante el proceso terapéutico (logros de individuación) dando lugar al cambio, construcción y organización de las representaciones del sí-mismo, de los otros y del mundo relacional del paciente.

SOFÍA

En Sofía debemos tener en cuenta que el nivel de funcionamiento más alto alcanzado es trádico, su estructura es neurótica, evidenciando elementos no integrados frente a la sexualidad y con una imagen infantilizada de sí misma.

Sus ansiedades están relacionadas con lo que le genera vincularse con los otros, la idea que tiene frente al amor y la mirada del otro. Sofía se sitúa en una posición infantil frente a su rol como mujer, esto le imposibilita expresar sus afectos con los demás y la hace limitar sus expresiones de cariño con los hombres.

Durante el proceso se pudo ver como los hombres y el deseo de establecer una relación romántica con ellos le produce ansiedad, esto la lleva a idealizar las relaciones afectivas y a reprimir su sexualidad; en el relato se encuentra como en Sofía la ansiedad generada por la situación afectiva con los hombres le produce una sintomatología puesta en el cuerpo (sensaciones viscerales, preocupación por el cuerpo de sus padres, etc.).

De igual manera, durante el proceso se puede observar como la formación reactiva puesta al servicio del Yo frente a los semejantes y el deseo de relacionarse con un hombre, darse su primer beso, se instaura en ella como una forma de ambivalencia lo que le hace alejarse de las

relaciones afectivas, en forma de distanciamiento afectivo.

Se identifica infantilización en su relación con los padres, mantiene un vínculo de dependencia con ellos, este vínculo es ambivalente desde el deseo de independencia, pero la pretensión de control y protección de sus padres imposibilita que Sofía pueda acceder a la independencia. Este tipo de relación afecta el proceso de separación/ individuación, cuando la paciente intenta hacer algún tipo de acción frente a este proceso ella se autosabotea retornando a un momento anterior en su proceso. Aquí podemos leer una dimensión de conflicto con la posición de tercero excluido y la consolidación de la segunda individuación: *“A mí no me dan mariposas en el estómago, me dan ganas de vomitar, es que mi cuerpo es muy maldito conmigo, soy muy nerviosa” (...)* *“Mi mamá es muy ansiosa, ella me sobreprotege” (...)* *“Mis papas tienen dolor de cabeza y me imagino lo peor”.*

Lo que le hace pensar en separar afectivamente este sentimiento con el fin de no volver a tener estas emociones en un acto de racionalización: *“No me voy a volver a fijar en un niño” (...)* *“La situación se siente inadecuada, me siento torpe [Al acercarse a los hombres]” (...)* *“Me da miedo que las cosas salgan mal, que sea una catástrofe, lo que me da miedo es la incomodidad” (...)* *“Yo siento que lo que yo siento es mucho más fuerte y me genera muchísimo malestar, me impide ser yo. Y yo no soy yo” (...),*

Yo me di cuenta de algo muy horrible, yo creo que yo no quiero tener voluntad, yo estoy segura que lo que yo quiero es simplemente darme cuenta y ya pero no tener que tener voluntad, supongamos con los niños hoy estuve con tal y estuve tranquila y no tener que

forzarme para estar tranquila con él después y salga natural y eso es horrible, porque yo tengo que poner de mi parte porque si no, no pasa nada.

Deseo de la paciente frente a la consecución del objetivo de separar la idea infantil y tener una relación afectiva madura y adulta con un hombre (integración de la sexualidad adulta), identificar el lugar y la relación con sí misma, los otros y el mundo: “*Yo quiero querer*” [Hablando de la voluntad].

ISABEL

En el caso de Isabel estamos hablando de una estructura preneurótica, la cual ha logrado en el proceso construir una imagen internalizada del objeto un poco más segura y estable, lo que le ha permitido ganar en autonomía y capacidad para ponerle límites a los demás; proceso de diferenciación y logros en la individuación.

Aquí es importante considerar que por las características estructurales, no se pueden movilizar aspectos que impliquen una crisis adicional para la paciente, sino por el contrario, es identificar sus fortalezas y a partir de allí lograr potencializarlas para el desenvolvimiento natural en su vida.

En la paciente la angustia central es la posibilidad de perder al objeto significativo, apoyador, guía; lo que la ha llevado a construir relaciones de dependencia, en las que los intereses de los otros se encuentran permanentemente en primer plano, se anticipan exageradamente

reacciones negativas de los otros frente a la propia conducta (perdida del amor del objeto), lo que la lleva a renunciar fácilmente a lo que ella desea y obligarse a emprender acciones que le hacen daño:

Porque mira doctora, yo creo que a mí una de las cosas que... que me han reprimido mucho es que yo digo 'No le hagas a nadie lo que te puedas hacer...' entonces, yo digo, si a mí me lastiman, cómo yo voy a lastimar a este si yo no tengo, ah, yo soy como cohibida en decir algo porque yo pienso que la voy a ofender, le va a doler que... entonces esa es una de las cosas que también me ha cohibido mucho (...)

Es que mi mamá me regañaba por todo, si alguien hacía algo malo era yo la que castigaban, ella me pegaba mucho y yo nunca sabía el por qué (...) Ella siempre me dijo que debía quedarme callada y hacer lo que los demás dijeran, yo entonces era así, si mi mamá decía eso, era porque debía ser así.

Los elementos de diferenciación y de internalización de un objeto estable son aspectos que fallan en la paciente, no logrando transmutar el cuidado, necesario para la autonomía y la construcción de relaciones afectivas sanas.

Considerando estas condiciones estructurales de la paciente se piensa el foco terapéutico en términos del número de sesiones con que se cuenta antes del cierre de la institución por vacaciones y por las lógicas del sistema de salud que dificultan el acceso continuo y permanente al proceso.

9.2.3 Subcategoría 3: *Autopercepción del cambio del paciente*. La percepción de cambio por parte del paciente permite identificar el nivel de autonomía alcanzado y la construcción que ha realizado hasta el momento del proceso terapéutico.

SOFÍA

En esta subcategoría damos cuenta de cómo la paciente va asumiendo la capacidad de introspección, lo que le posibilita la tarea de individuación y separación, la paciente puede identificar el afecto frente a su independencia, irse de la ciudad y vivir lejos de sus padres y novio actual: *“Ya estoy como contenta me demore mucho para estar contenta, mucho literal ayer me puse contenta”*

Sofía puede identificar las ansiedades que le genera la relación con los otros y al mismo tiempo puede hacerse cargo de estas, tramitando con los demás su sentimiento y su lugar, en esta cita la paciente puede enfrentar su idea y la ansiedad generada con respecto a la pérdida del amor del objeto con su pareja afectiva:

Con lo del él que es lo más reciente, yo no tenía claro, pero yo sabía que no me había alegrado cuando él me dijo que quería ir, sabía que no me sentía muy cómoda con eso y sabía que me asustaba, pero no tenía tan claro que no quería ni 5 y no tenía tan claro que se lo iba a decir porque me daba pánico que me echara, yo Salí de aquí y Salí súper decidida que se lo iba a decir, si es eso uno aclara cosas aquí.

Sofía puede establecer como era antes y como es ahora con respecto a los hombres, como su idea infantilizada le hacía actuar y como hoy puede relacionarse con los demás, aunque se observa como aún queda la sensación de añoranza del amor infantil, del amor idealizado: *“Yo era maniaca, me daban cosas maniacas con Aquiles, con él no me pasa eso, pero hay veces me da pesar no sentir eso, por más infantil que sea”* (...) *“A Aquiles no lo tengo tan idealizado, lo tuve que bajar y me hace bien al venir acá, lo he bajado, pero me cuesta”*

La paciente puede identificar lugares y separarse de los demás, de las figuras paternas, de las figuras de amor, se permite estar con otras personas diferentes a su grupo primario:

He salido mucho, he estado mucho tiempo con mi amiga y los amigos de mi amiga, un día fuimos a comer pasta, fuimos a teatro, a una finca. Me encanta estar ocupada [la paciente sale más con gente, se permite conocer gente, no es forzado].

ISABEL

En el caso de Isabel, ella de diferentes formas nombra como ha percibido su cambio y cómo los demás se han percatado de igual manera de este. Su percepción de cambio está focalizada en su relación con los otros y su estado de ánimo: *“Sí, pues, hasta la misma gente ve que he cambiado, pues, uno al principio no se nota, pero la gente echa de ver”* (...) *“Sí, imagínese, me siento tan tranquila que Maira me cuenta todo, y ella ha sido una persona muy callada, dizque por no angustiarme, pero ahora me ve tan tranquila que me lo cuenta todo”*.

Igualmente habla de sus angustias y su posición frente a la pérdida, elemento que ha sido central a lo largo del proceso terapéutico:

Ah, mis muertos ahí están, ahí están, yo siempre pienso en ellos y todo pero ya no con tanta angustia, como de pensar ‘por qué se me murió’ pensaba por qué en vez de haberse muerto, haberme muerto yo, y así, porque una angustia que me da es como que yo quisiera morirme antes que todos, como que no quisiera sentir que se muere alguien, sino yo morirme primero que todos, pero ya no doctora (...) Sí, todo está bien, sí, hasta ni mis muertos ya me están afectando.

Esta percepción de cambio ha generado en la paciente mayor seguridad en sí misma, logrando promover autonomía y generar mayor confianza en la relación con los objetos: se ha permitido ser más ella misma, darse cuenta que puede pensar por sí misma en la seguridad del vínculo con el otro.

9.2.4 Subcategoría 4: Lectura del nivel o de los logros de individuación del paciente. La individuación es un proceso transversal en el desarrollo de la vida de los pacientes, se establece no solo en la infancia sino a lo largo de toda la vida, está relacionado con las vivencias y la experiencias básicas, las cuales permiten desarrollar una serie de condiciones para establecer la propia identidad a través de la experiencia relacional posibilitando la interrelación, la autonomía, el logro de la identidad y la constancia objetal (Nacimiento psicológico). A continuación se analiza el nivel o logros de individuación de las pacientes alcanzado hasta el momento en el proceso terapéutico, en términos de mayores niveles de organización.

SOFÍA

Durante el proceso terapéutico se pueden trabajar varios focos terapéuticos, pero al identificar la necesidad del cierre, por el tiempo limitado la paciente identifica por sí misma y selecciona como objeto de trabajo la vinculación, dejando de lado la ambivalencia generada por las relaciones afectivas infantilizadas, esto nos permite trabajar en la resignificación de lo que ella se imaginaba de una relación y lo que pudo construir luego con su novio actual:

Paciente: En serio Nicolás, yo dije me va a terminar, y no, fue tuvo un desenlace muy distinto al que yo me esperaba.

Terapeuta: como te sentiste después de hablarlo con él?

Paciente: me quite un peso de encima gigante, gigante, descanse, es muy raro pero eso hizo, como que conocí un lado de él, no, no es que haya conocido como que caí más en cuenta de un lado de él, es que en verdad a mí me hubiera parecido un descarado donde él se fuera a vivir conmigo, entonces que hubiera sido tan comprensivo... si, no, me sentí muy bien.

Esta viñeta nos da cuenta de cómo la paciente resignifica sus ideas sobre la relación con su pareja y como puede adquirir recursos para afrontar las situaciones de manera más efectiva para ella, cómo el proceso terapéutico promueve para tramitar sus ansiedades y apropiar los recursos para afrontarlas por ella misma:

A ver a mi me pasa algo, inclusive antes de venir acá, yo tenía algo que me preocupaba mucho, pero después lo pensaba y se solucionaba en mi mente y quedaba más tranquila, pero la solución a lo mejor no era la más efectiva, ahora es distinto porque se solucionan pero de una manera más sana, pues como más racional, más racional no, más pura en el sentido de que ya no está llena de distorsiones más.

Al fortalecer sus recursos la paciente logra identificar cómo el proceso terapéutico le ha ayudado a identificar las circunstancias y hacerlas parte de su vida, identificando condiciones de mejora:

Yo creo que la forma en que yo solucionaba las cosas estaban llenas de mecanismos de defensa, de distorsiones cognitivas, el resultado ahora es tranquilidad de una manera más sana. Yo soluciono mis problemas desde mis gafitas, pero mis gafitas pueden estar sucias con distorsiones, tú las limpias.

Al trabajar sobre la independencia afectiva con respecto a sus figuras parentales la paciente se permite separar el afecto de la idea reiterada de pérdida del amor de sus padres, lo que genera en ella un lugar diferenciado (triádico) con respecto a su mundo relacional y su interpretación del mismo, ¿cómo sería ella independiente?, permitiendo la diferenciación de identidad:

Seríamos cercanos, los llamaría, viviríamos cerca, pero tendría independencia económica, tomaría mis decisiones (...) Yo creo que es algo que yo he querido desde que volví del intercambio, yo me quiero ir, es algo que sí, yo te puedo dar las

razones profesionales, pero es algo que simplemente quiero, porque si y tiene consecuencias que son beneficiosas para mí.

El promover la resignificación de la individuación en la paciente nos permite trabajar en la consolidación de la adultez, como proceso de configuración de estructura, elaborar las vivencias infantiles y pasar a la vivencia de adulta:

Esperaría ser más independiente, cambiar de visión frente a cosas, no sé qué cosas (...)

El domingo hubo un almuerzo en la casa por parte de mi mamá con mi tía y mis primos, y ¿cuándo fue? el martes, estuvieron mis tías por parte de mi papá en la casa almorzando y también me despedí de ellas, supuestamente hoy y mañana iba a salir con las de la universidad ,pero no es seguro, es más, es más seguro que no pase, y ya con él no sé, no sé porque él dice que quiere subir al aeropuerto, ja pero le da cosa porque sería súper incomodo devolverse con mis papas solo, y yo lo entiendo... yo prefiero que la despedida como tal sea él y yo solos yo no sé, es incómodo que todo el mundo esté viéndolo a uno en ese romanticismo, pero si él va igual me encantaría.

ISABEL

En Isabel se han identificado unos logros de individuación que a pesar de su estructura le permiten desenvolverse de una manera más autónoma y tranquila en su relación consigo misma y con los demás. Se han evidenciado procesos de diferenciación e individuación frente a los deseos de su familia y los propios, reconociendo que sus necesidades son diferentes a los de los demás y disminuyendo la percepción de responsabilidad propia frente al bienestar de los otros: “Ah! Yo ya

empecé a hacer lo que me gusta” (...) “Para qué voy a ir si no me siento bien, ellos son todos sentidos y me echan culpas, pero también deben entender que yo no me siento bien con esa gente”

En su vivencia afectiva, donde solían predominar afectos como la angustia, la ansiedad y la depresión, se encuentra en la paciente una vivencia más positiva, con un estado de ánimo tranquilo y con recursos para enfrentar las situaciones de conflicto.

Yo no quería ir, que pereza estar con esa gente que no es nada mío, a ir a actuar de hipócrita, solo porque Carlos quiere que estemos todos ahí... pues les dije que no, que yo no iba y aunque sabía que no les iba a gustar, de hecho me estuvieron llamando toda la noche para que fuera, pero yo no fui y me sentí muy tranquila, como libre doctora (...) Esas pesadillas no las volví a tener, creo que ya no pienso tanto en que algo malo va a pasar

Otro logro que se identifica es en el semblante y la presencia de la paciente, quien asiste ahora a las consultas más organizada en su aspecto personal, mostrando cuidado de sí y de su imagen; mostrando mayor vitalidad.

9.3 Categoría 3: Cierre del umbral

El cierre del umbral (Figura 6) hace referencia a esos efectos evidenciables del proceso de cambio que permiten identificar las estrategias (de mayor organización o individuación) adquiridas por el paciente y la guarda del vínculo terapéutico derivada del proceso de cierre. Es la fase final del

cierre, donde se logran articular los logros del trabajo terapéutico con el vínculo transferencial.

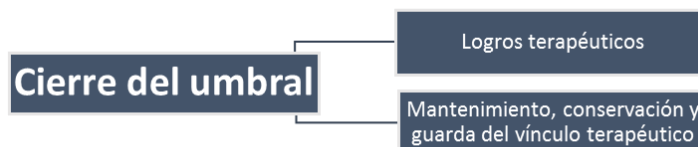


Figura 6. Mapa de subcategorías para Cierre del umbral

9.3.1 Subcategoría 1: Logros terapéuticos. En este momento se hace lectura del estado actual del proceso de individuación.

SOFÍA

En este apartado se trabajan los logros que durante el proceso ha podido realizar la paciente con el fin de construir su propio lugar en el mundo, como se ha abordado desde la identificación, la diferenciación y la individuación.

En esta viñeta vemos como Sofía logra construir una dimensión desde lo femenino y una distancia desde su propia cognición que le permite asumir un lugar propio, la construcción de la feminidad, del cuidado y del ser capaz como forma de afrontamiento y logro de capacidad para la elección, pasar de la fantasía infantil a la construcción de la realidad afectiva:

Yo creo que la forma en que yo solucionaba las cosas estaban llenas de mecanismos de defensa, de distorsiones cognitivas, el resultado ahora es tranquilidad de una manera más sana. Yo soluciono mis problemas desde mis gafitas, pero mis gafitas pueden estar sucias con distorsiones, tú las limpias.

Por medio del trabajo de metáforas, historias, la paciente pudo conectar lo que en un inicio era un mecanismo de defensa de racionalización con la emoción que le generaba, transmutar la idea del amor romántico por la construcción del amor adulto:

Como cuando decía que el amor por Aquiles era infantil, yo no lograba entender eso, ya lo entiendo, sabes cómo lo logre entender, porque mi amiga me dijo: estuve saliendo con un niño que se moría por mí, no sé qué, no sé qué, no sé qué y, soñé, era un amor tan infantil y como ella describía el amor de ese niño por ella, era lo mismo como yo me sentía por Aquiles, entonces ya si me logre da cuenta.

Yo a él no lo idealizo ni 5 y yo estoy súper enamorada de él, pero yo siempre era fan de los amores como el que yo tenía por Aquiles, pero con la diferencia de que Aquiles no me paraba bolas, a mí me encantan las historias de que él, o ella se morían por ella o el, y el otro le correspondió, porque es como eligió también le gusta uno a él. Y estaba la otra historia que no me gustaba casi que era el otro lo eligió a uno y uno se termina enamorando porque lo conquistan, que fue lo que paso, el me eligió a mí, yo estaba súper resistente y al final me termino encantando,

yo comparo yo no lo idealizo a él, hay cosas que me encantan y me siento súper orgullosa que las tenga, pero nunca lo idealizo,... Él está a mi altura.

Al construir identidad la paciente puede descubrir un abastecimiento de percepciones diferenciadas de objeto y de sí-mismo, diferenciación que le permite definir la representación en tanto su lugar de acuerdo a los ideales y las condiciones propias para las cuales se está integrando, el poder elaborar la dimensión que no excluye el amor del padre y la dimensión del cuidado de la madre, le permite hacer una elaboración de la pérdida y así mismo transmutación del cuidado propio. Elaborando vínculos basados en la seguridad, confianza y predictibilidad: *“Vivir sola, independencia me encantaría vivir sola, empezar a trabajar y me encantaría irme de la casa, a mí no se me ocurre en que podría ser distinta de mis papás”*

ISABEL

En el caso de Isabel, se encuentran varios logros terapéuticos que permiten hacer el cierre de una manera tranquila para la paciente:

Por una parte tolera el separarse afectivamente de su exmarido y de sus exigencias, logrando tomar distancia de él y protegerse de sentimientos negativos o de interacciones indeseadas:

Yo ya hago mis planes y me ha tocado decirle que no puede ir a almorzar a mi casa porque yo no voy a estar... es que siempre me he quedado esperándolo porque él

fue el que puso eso como norma, como regla, que los domingos es el día en que él va a almorzar con nosotros, pero si yo quiero salir, si yo tengo mi plan, no podía por él; me daba como pesar, también esa nostalgia de mantener la familia unida... pero ha!! Yo ya le digo que no vaya y hago mis saliditas y voy y visito a mis primas, a mis amigas, es que qué bobada tener que estar pendiente de él, él tiene su familia, pues que esté con su familia, el decidió irse, que se vaya de verdad

El lograr la paciente distanciarse afectivamente de su exesposo, el permitirse vivenciar la rabia hacia él y reconocer y diferenciar lo que ella quiere de los demás, se constituye en un logro muy significativo para la paciente, en tanto logra sentirse más tranquila, donde reconoce cuáles son sus deseos, diferentes a los de los otros y como dejan de primar los deseos de los demás por encima de los de ella.

Otro logro se encuentra en la vivencia de afectos como la ansiedad o la depresión, ante los cuales actúa el principio de realidad y tiene una mirada una poco más tranquila frente a lo que le sucede a sus hijos, sin catastrofizar las dificultades:

Sí, a pesar que de que ellos están así, y yo veo que están así, estoy como... pues, no me está afectando como tanto, yo digo, esta situación se arregla, y es cosas que todo mundo tiene que vivir yo creo, ¿no? Uno se desilusiona, se enamora, vuelve y se desilusiona, y así, porque como que el mundo no es perfecto, y gracias a Dios son cosas muy leves, que hay gente que está como peor, entonces, por eso también, ella

va a superar eso, y si ella tiene, esa cosita, como esa peleíta, por algo se empieza, porque yo creo que uno empieza así... pero eso no me afecta tanto, porque siempre han salido adelante y uno como que aprende a darse cuenta que los problemas no son tan graves como uno los ve.

Ay sí, a mí me decían dizque “Qué te pasa”, y yo – Ah pues este es mi estado natural – (refiriéndose frente a la depresión) Pero he estado sí, bien, no he estado como triste, como aburrida, no, he estado como en un ambiente como... sí, como sin preocupaciones, como así, como tranquila, yo siento mucha paz...

La paciente tolera ahora las separaciones con un adecuado y contenido sentimiento de dolor, que logra reconocer frente a las pérdidas, por ejemplo en la aceptación de que su exesposo ya no es su pareja:

Yo todo el tiempo he hablado de él como mi esposo, porque legalmente no nos hemos separado, pero yo creo que era también una forma de yo mantener la ilusión de que volverá, de sentir que el aún me quería"... “yo sé que él ya es solo Carlos, el papá de mis hijos, pero no es ya mi esposo.

9.3.2 Subcategoría 2: Mantenimiento, conservación y guarda del vínculo terapéutico. Como hemos definido previamente, el umbral de la transferencia es considerado como un espacio-tiempo en el cual se forja la alianza terapéutica, siendo un fenómeno psicológico propio del proceso terapéutico que implica una relación diádica entre el terapeuta y el paciente, esta dimensión esta sostenida por la mutualidad y la reciprocidad que permiten el proceso terapéutico.

Este fenómeno explica que la alianza terapéutica no se desarrolla en una misma dirección sino que fluctúa entre fortalecimientos y quiebres (Safrán & Muran, 2005). Según Freud (1913), la transferencia descansa en el interés y una actitud comprensiva hacia el paciente, lo que permite el establecimiento de una relación positiva con el analista. Por esto podemos precisar que el establecimiento de una alianza terapéutica es una construcción que se realiza entre el paciente y el terapeuta durante el proceso terapéutico y es esta alianza la que guía el trabajo, por esto que el mantenimiento, conservación y guarda del vínculo terapéutico resultara beneficioso y predictor de los resultados y logros terapéuticos.

SOFÍA

Durante el proceso terapéutico se posibilita que Sofía sienta como este espacio es seguro para recordar, elaborar y darle resolución a lo que le pasa, esto le ha permitido a la paciente lograr identificar y hacer elecciones propias desde un lugar más tranquilo e identificando desde sus propias creencias y deseos; siendo este un lugar donde se resignifica su historia, la historia familiar y ahora la historia actual donde ella puede tener una nueva dimensión emocional, logrando que la paciente este más organizada afectivamente.

El trabajar todos estos aspectos durante este tiempo permite identificar que el vínculo terapéutico está establecido y al pasar por el cierre del proceso, permanezca intacto, como lo decía Freud (1937) “lo que se termina es el acto analítico”.

En la siguiente viñeta podemos ver como el vínculo queda establecido permitiendo que en cualquier momento la paciente pueda establecer de nuevo un proceso con cualquier terapeuta o en cualquier lugar o momento, esto nos da cuenta de la posibilidad que sea el paciente el que elija y logre la suficiente organización, así existan circunstancias que le hagan regresar a periodos anteriores o tener nuevamente sintomatología o malestar asociados a las fases por las cuales ya ha transcurrido:

Terapeuta: tú piensas volver a este espacio cuando vuelvas?

Paciente: si económicamente puedo si, emm a mí me encantaría, pues hoy, no sé si cuando vuelva diga: no lo necesito, pero yo hoy, me encantaría. Bueno Nicolás estaremos hablando, muchas gracias por todo, mil gracias en serio que me sirvió mucho.

ISABEL

La paciente, con la ayuda de la experiencia de relación positiva internalizada con la terapeuta, puede cuidar un poco más de sí misma, apoyarse, tranquilizarse; identificar aquellas situaciones donde surge el conflicto y cómo manejarlas desde una posición más sana para ella:

Doctora, yo ya me cuido mucho, sé que me tengo que cuidar para poder estar bien (...). Yo con estos grupos (haciendo referencia a actividades que realiza para la tercera edad) siento que me aceptan y me brindan un cariño desinteresado, como lo hace usted, que me escucha y me ayuda desinteresadamente.

La paciente realiza un cierre de un proceso, pero con la confianza y la seguridad de que podrá volver en el momento en que lo requiera; que cuenta con los recursos para continuar trabajando en sí misma y sin tanta carga de angustia en el manejo de sus relaciones.

El trabajo en estas últimas 10 sesiones le ha permitido a la paciente recapitular lo trabajado a lo largo del proceso e identificar (apoyada por el vínculo transferencial) las fortalezas con las que ahora cuenta para enfrentar sus dificultades. En este sentido se abordan aspectos de comprensión sobre su lugar en el mundo, con aspectos de apoyo (sentirse cuidada y capaz de cuidar de sí) y de promoción de las capacidades de diferenciación e individuación de la paciente con respecto a sus objetos.

En ambos casos, el cierre se orientó de manera tal que no obturara la posibilidad de retomar un trabajo terapéutico, ya sea con el mismo terapeuta o con otro, pero se procuró que quedara la confianza de que existe un espacio para ser escuchado y acompañado en el proceso de apropiación de sí.

10. Conclusiones y discusión

El concepto de cierre terapéutico ha sido poco trabajado y plasmado en la literatura, es un concepto de gran importancia durante el proceso, ya que da cuenta de los momentos por los que puede transcurrir el paciente ante la posibilidad de finalización del proceso. El cierre de un proceso es un aspecto que además ha sido poco desarrollado en los espacios de formación, a diferencia de otros aspectos de la técnica y la metodología de las terapias psicológicas, el cierre de los procesos clínicos pareciera un momento complejo, al cual los terapeutas no le hemos dado el lugar que se merece.

No todos los procesos terminan de la misma forma, esto nos da cuenta de los distintos modos de terminación que se pueden definir por parte de los procesos clínicos, al respecto, Freud (1913) comparaba el proceso terapéutico, con los movimientos en un juego de ajedrez, donde aparentemente hay claridad de su inicio y cierre, pero lo que sucede en su transcurso es un poco incierto, pues depende de cada una de las fichas que usáramos para llegar el fin del juego; en este sentido, cada una de las intervenciones o los análisis de cada caso nos llevarán a ir construyendo el cierre del proceso terapéutico. El cierre deberá ser un mutuo acuerdo, entre terapeuta y paciente (Fromm-Reichmann, 1984), en el cual se definirán entre las partes los tiempos y las condiciones que se trabajaran durante el tiempo que dure el umbral de cierre.

El estudio de estos dos casos nos ha permitido construir una comprensión clínica del proceso de cierre, logrando identificar diferentes momentos en éste que permiten al terapeuta hacer un ejercicio de razonamiento clínico claro y acorde al contexto en el que se encuentra inmerso su trabajo.

En ambos casos se encontró que el proceso de cierre se puede pensar a manera de puente, donde hay un *inicio del umbral*, donde se nombra la posibilidad de cierre y todas las ansiedades que esto genera en el paciente, luego el proceso de trabajo clínico que implica cruzar ese puente, donde se encontró la importancia de *la refocalización* y por último *el cierre del umbral*, donde se da el desenlace del proceso, con la guarda y mantenimiento del vínculo terapéutico.

En los casos clínicos trabajados, vemos como *la introducción del cierre* depende de las condiciones propias de cada proceso, de los tiempos, las condiciones personales, sociales, económicas y laborales de cada paciente, es el paciente o el terapeuta el que marca la introducción del tema del cierre de acuerdo a estas condiciones. En ambos casos quien direcciona el inicio del cierre es el terapeuta, pero frente a las causas que introducen el pensar la posibilidad del cierre son diferentes; pues en el caso de Sofía el hecho de haberse ganado una beca que implicaría que saliera del país en seis meses es lo que lleva al terapeuta a nombrar el inicio del cierre; y en Isabel, son las condiciones institucionales (cambio del proceso de autorización del servicio en el sistema de salud y vacaciones de la IPS) las que llevan a que el terapeuta inicie el trabajo del cierre.

Aunque el terapeuta en ambos casos, es quien introduce el tema del cierre, es importante que ambas partes involucradas en el proceso puedan determinar las motivaciones personales e institucionales que llevan a determinar el cierre de los procesos, esto va a generar que la vivencia de la experiencia de separación con el terapeuta no sea vivida como abandono, sino como un logro al interior de los procesos de separación-individuación. El éxito de un proceso “*depende en parte de la formación de un vínculo positivo y emocional entre el analista y el paciente en el que la paciente siente que le importa al analista y que el analista está tratando de ser servicial*” (Craig, 2002), por lo que después de un análisis suficientemente bueno, la imagen del analista vive en la mente del paciente como un útil nuevo objeto interno. Craig (2009), citando a Tessman (2003),

plantea que después de la terminación, "*cuanto más satisfactorio sea el análisis, más probabilidades que la presencia interna del analista permanezca viva*",

En ambos casos, encontramos como aparecen las llamadas *ansiedades emergentes*, resultado del nombramiento de este momento en el proceso clínico, estas ansiedades no deben ser miradas solo como resistencias o complicaciones del proceso, sino que son también la evidencia de los logros y condiciones de cada paciente en el desarrollo de sus recursos. En el caso de Sofía, al inicio evita trabajar lo que le genera el ganarse la beca, y por ende la separación, donde el terapeuta entonces intenta promover en las sesiones iniciales del umbral de cierre, el que la paciente se confronte con el tema de irse y separarse de sus padres, que pueda estar fuera de su núcleo familiar con los recursos necesarios para tener un adecuado desenvolvimiento durante el tiempo que dura su beca. En el caso de Isabel, el anuncio del cierre la lleva a hablar más de sí misma, de sus ansiedades y angustias, ya no tanto desde los otros y sus sufrimientos, sino desde sí misma, con sus posibilidades y limitaciones, identificando sus logros y cómo esto ha cambiado su percepción de sí misma.

Esta vivencia de las pacientes frente al anuncio del cierre, muestra lo sano e importante que es nombrarlo, donde el paciente logra dimensionar la dimensión de la temporalidad y finitud del trabajo. Craige (2009), al respecto plantea que la relación psicoterapéutica es una relación íntima diferente a las demás, pues su objetivo final es la separación. Es normal que surjan ansiedades (Braier, 1999) que deberán ser abordadas con los recursos de los que dispone cada paciente, lo que debe ser trabajado como parte de las reacciones que emergen del cierre del proceso, el tiempo es de cada caso y de cada paciente en particular. Craige (2009) citando a los Blanck (1988), plantea que si en el proceso terapéutico no se abordan de manera adecuada los problemas relacionados con la diferenciación sí-mismo-objeto, la constancia del objeto y el

trauma de la separación infantil, el paciente puede experimentar la separación como una repetición de un trauma temprano.

Esto nos introduce a la segunda categoría de análisis, *la refocalización*, la cual se recrea con la imagen de *cruzar el puente*, donde se identificaron una serie de elementos clínicos que implica el proceso del cierre, que orientan el razonamiento clínico del terapeuta y por ende su intervención.

Esta parte del proceso implica una *consideración del motivo de consulta*, donde se analiza cómo éste se transforma con el avance del proceso terapéutico. En Sofía, se encuentra un motivo de consulta relacionado con la manera como la paciente se relacionaba con los hombres, manejando unas ideas infantiles sobre el amor y la relación de pareja; que con el trabajo terapéutico se orienta hacia la diferenciación, asumir su lugar como mujer adulta, y alcanzar un nivel de autonomía psíquica. En el caso de Isabel, el motivo de consulta se daba por una remisión desde neuropsicología, por síntomas depresivos y problemas relacionados con las compras; que con el transcurrir del proceso se orienta hacia el trabajo de apoyo al Yo en términos de generarle seguridad y confianza en el vínculo, de acuerdo a su organización estructural; y trabajar el lugar en que se ubica en el mundo y en su relación con otros, promoviendo la diferenciación y la individuación. (Horner, 1982)

Al considerar el motivo de consulta, la comprensión clínica de los casos trabajados, lleva a pensar en la *relectura de procesos*, es decir, la manera como el proceso terapéutico va dando cuenta de la construcción y organización de las representaciones del sí-mismo, de los otros y del mundo relacional del paciente (Horner 1984, adaptado por Schnitter, 2001). En el caso de Sofía, se cuenta con una organización neurótica, con un nivel de funcionamiento tríadico, con elementos

no integrados frente a la sexualidad y con una imagen infantilizada de sí misma. En Isabel, encontramos una estructura preneurótica, con un nivel de funcionamiento tríadico, pero con asuntos del orden diádico por elaborar, manejando una posición dependiente en la relación con los otros y con temor a perder el amor del otro. Esta relectura de los procesos, funciona para el terapeuta como un faro, que le señala aquellos elementos a considerar en el trabajo y ser cuidado en las intervenciones de acuerdo al nivel de organización del paciente, el cual va cambiando en la medida que avanza el proceso (Blanck y Blanck, 1974, citados por Horner, 1982).

En este sentido, la *lectura del nivel o de los logros de individuación del paciente*, es encontrada en el trabajo de ambos casos como una subcategoría que indica al terapeuta cómo se va cambiando el nivel de individuación del paciente de acuerdo a los logros obtenidos en el proceso terapéutico, es como se da un mayor nivel de organización en términos la autonomía, el logro de la identidad y la constancia objetal (Mahler, 1977). En el caso de Sofía, se logran mayores niveles de individuación frente a la relación de pareja, la construcción de un lugar diferenciado (triádico) con respecto a su mundo relacional y la consolidación de la adultez. En Isabel se logran desarrollar procesos de diferenciación e individuación frente a los deseos de su familia y los propios, siendo más autónoma y tranquila en su relación consigo misma y con los demás, manejando un estado de ánimo tranquilo y con recursos para enfrentar las situaciones de conflicto que se presentan a nivel familiar.

Desde esta lógica podemos pensar entonces, que lo que ocurre en los pacientes es que estos tópicos se transforman y surgen otros focos terapéuticos que dan cuenta del proceso y del nivel de autonomía adquirido por ellos, proporcionándoles las capacidades para enfrentar sus conflictos. Lo que se evidencia en la capacidad de asumir lo que les pasa, construyendo elementos propios que hacen parte de su proceso de individuación, la forma como ellos se van a relacionar

con los demás fuera del espacio terapéutico.

En este punto se integra la subcategoría de *autopercepción del cambio del paciente*, donde éste logra identificar el nivel de autonomía alcanzado y la construcción que ha realizado hasta el momento al interior de su proceso. Este elemento es significativo porque en ambas pacientes fue un elemento que les permitió sentir mayor seguridad en sí mismas, logrando promover autonomía y generar mayor confianza en la relación con los objetos. En el caso de Sofía, ella manifiesta identificar una diferencia en como era antes y después de haber iniciado el proceso terapéutico, cómo ha cambiado su lugar en relación con sus figuras paternas y en especial en su lugar como mujer en una relación de pareja. Por parte de Isabel, ella manifiesta como ha sentido su cambio y cómo éste ha sido evidenciado por otros, donde se ha permitido ser más ella misma, logrando diferenciarse en la seguridad del vínculo con los otros. La percepción de logros, cambios y consecución del objetivos por parte del paciente, da cuenta de la introspección del paciente sobre su propia vida, lo que ha podido elaborar y resignificar durante el tiempo trabajado.

Estos elementos orientan finalmente hacia el *cierre del umbral*, donde en el análisis realizado con ambos casos, se encontró que este requiere de parte del clínico claridad sobre los logros alcanzados y sobre cómo queda el vínculo transferencial, es la fase final del cierre, donde se logran articular los logros del trabajo terapéutico con el vínculo transferencial.

En este punto el clínico hace lectura del estado actual del proceso de individuación, *logros terapéuticos*, con el cual cuenta el paciente para enfrentarse al mundo y al devenir cotidiano de su vida. En el caso de Sofía, se encuentran como logros la construcción de una dimensión de lo femenino como mujer adulta, pasar de la fantasía infantil del amor romántico a la construcción de la realidad afectiva en una relación de pareja adulta y la separación-individuación de sus padres. En Isabel, se logra la separación afectiva de su exesposo, tolerando ahora las separaciones con un

adecuado y contenido sentimiento de dolor, que logra reconocer frente a las pérdidas, manejando un estado de ánimo más tranquilo. Logra desarrollar algunos elementos de individuación que le permiten orientarse más desde sus propios deseos, sin buscar el amor del objeto por medio de la sumisión. Siguiendo a Coderch (1990), el haber tenido claridad en el planteamiento de los objetivos terapéuticos, permitirá tanto a los terapeutas como a los pacientes, determinar hasta qué punto se ha alcanzado el desarrollo de estos objetivos a la hora del cierre del proceso.

Una última subcategoría, pero no por esto la menos importante, encontrada en el análisis de ambos casos es el *mantenimiento, conservación y guarda del vínculo terapéutico*, que hace referencia al trabajo de la relación transferencial durante el proceso de cierre. En sus investigaciones, Criage (2002, 2009) ha encontrado que lo más importante en el proceso de cierre es que el paciente pueda sentir “que su analista sigue estando genuinamente interesado en él y disponible después de la terminación”; pues de lo contrario, la experiencia de terminación del proceso puede ser vivida como una repetición de traumas relacionados con la pérdida, rechazo o muerte. En este sentido es importante trabajar durante la fase del cierre aquellas representaciones de relaciones internas de objeto que podrían interferir con la libertad del paciente de contactar al terapeuta para que lo ayude en el futuro.

En ambos casos el vínculo terapéutico establecido cumplió con las condiciones de constancia, predictibilidad y disponibilidad (Horner, 1982), que favorecen el que ambas pacientes puedan retornar al proceso ya sea con el mismo terapeuta o con otro diferente. En el caso de Sofía, se deja abierta la posibilidad de contacto durante su beca y en el momento de ella considerarlo necesario, retomar el proceso terapéutico; ante lo cual ella manifiesta sentirse tranquila y segura de lo logrado en términos de autonomía e individuación. Con relación a Isabel, se trabajó en fortalecer los recursos propios para continuar trabajando en sí misma y sin tanta carga de angustia

en el manejo de sus relaciones; con la confianza y seguridad de que podrá volver en el momento en que lo requiera.

Las comprensiones clínicas generadas de este estudio nos han permitido pensar el cierre y la importancia de su trabajo en la clínica, teniendo en cuenta las particularidades del proceso de cada persona. Proponemos entonces, pensar el cierre como un umbral que podríamos dividir en tres momentos: **Inicio, refocalización y cierre** propiamente dicho; donde el constante ejercicio de lectura de procesos y el trabajo de la relación terapéutica serán ejes transversales al umbral.

El espacio clínico debe conformarse desde un principio estableciendo la transferencia como eje regulador del proceso, lo que permitirá el establecimiento de alianza terapéutica y la confianza y promoverá la resignificación de las vivencias del paciente durante el transcurso de la psicoterapia. Por este motivo una de las funciones del terapeuta será velar por el establecimiento y cuidado del vínculo transferencial.

Al permitir la consolidación del vínculo transferencial el proceso clínico fluirá y se desarrollará de manera natural, y permitirá a los participantes trabajar sobre las resistencias, defensas y demás vicisitudes que se presenten durante el proceso, con el fin de resolver los conflictos del paciente.

Durante el desarrollo de una psicoterapia, los terapeutas deben establecer objetivos de proceso que permitan dar cuenta del avance del proceso terapéutico, los focos en los que se trabajan, que pueden ser móviles y se van a ir consolidando, cambiando y resolviendo, dando pie a los logros terapéuticos de cada caso.

La sensación de bienestar, mejoría, cura, alivio de sintomatología, es propia del proceso terapéutico, pero no necesariamente es indicador del fin del proceso. El cierre del proceso

terapéutico puede ser introducido tanto por el paciente, como por el terapeuta, y depende de las condiciones particulares, situacionales, ambientales, económicas y sociales de cada una de las partes. Los terapeutas deben estar alerta para definir dentro del proceso cuando estas condiciones aparecen y como introducirlas en el trabajo terapéutico.

El tiempo para el cierre no es un tiempo fijo, es un tiempo que depende de cada caso, de las particularidades y de las condiciones de estructura del paciente; pacientes con estructura más baja deben ser pensados desde la lógica de proceso, cuales son los recursos con que cuenta y desde allí cómo promover un mayor nivel de organización desde la capacidad y recursos del sujeto; pacientes con estructura de organización más alta pueden entender el proceso de cierre como parte de su separación-individuación, y parte de recursos y autonomía propias, sus capacidades para adaptarse y definirse frente a los demás y en el mundo. Es por esto que el tiempo del cierre dependerá de los ritmos y condiciones de cada paciente y su estructura.

Un adecuado manejo del cierre, permitirá el regreso a un proceso clínico posterior, quedará viva la relación terapéutica, favoreciendo en el paciente la posible reincorporación con nosotros mismos o con otros terapeutas, por la significación y valoración del proceso, la confiabilidad y el sentimiento de predictibilidad, siempre podrá regresar y sentir que en el espacio terapéutico puede confiar, trabajar y pensarse a sí-mismo.

Resultado de este estudio se encuentra que el proceso de cierre implica un ejercicio de razonamiento clínico donde, articulado al inicio, se debe considerar la estructura del paciente, el nivel de organización que se ha alcanzado hasta el momento y a partir de allí establecer cuáles serán los focos terapéuticos en los que se centrará el trabajo para iniciar el proceso de cierre. Se deben abordar las ansiedades que emergen y de allí promover el máximo nivel de diferenciación y autonomía en el paciente.

En este punto es importante el trabajo del vínculo terapéutico y cómo se cierra éste, en qué lugar queda el terapeuta para el paciente y cómo desde allí el sujeto logra integrar sus recursos para enfrentar el mundo. No se trata necesariamente de alcanzar una “cura” desde el ideal, sino de cómo el sujeto, de manera autónoma e independiente, sabe hacer uso de sus recursos para vivir la vida.

11. Referencias

- Braier, E. A. (1999). *Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica* (5a.ed.). Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Coderch, J. (1990). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica* (2a.ed.). Barcelona: Herder.
- Coderch, J. (2012). *La relación paciente terapeuta. El campo del psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona, España: Fundació Vidal y Barraquer. Herder.
- Craige, H. (2002). Mourning Analysis: The Post-Termination Phase. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 50 (2), 507-550. doi: 10.1177/00030651020500021001
- Craige, H. (2006). Termination, Terminable and Interminable. *Psychoanalytic Dialogues*, 16 (5), 585-590
- Craige, H. (2009). Terminating Without Fatality. *Psychoanalytic Inquiry*, 29 (2), 101-116. doi: 10.1080/07351690802274751
- Fragkiadaki, E. & Strauss, S. M. (2012). Termination of psychotherapy: The journey of 10 psychoanalytic and psychodynamic therapists. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 85, 335-350. doi:10.1111/j.2044-8341.2011.02035.x
- Fiorini, H. (1977). *Teoría y técnica de psicoterapias*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Fiorini, H., Defrey, D., Elizalde, J. H., Menéndez, P., & Rivera, J. (1996). *Focalización y psicoanálisis* (2a. ed.). Uruguay: Prensa Médica Latinoamericana.
- Freud, S. (1913). *Sobre la iniciación del tratamiento (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, I)* (2a ed., Vol. 12). Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (1937). *Análisis terminable e interminable. Obras Completas* . Buenos Aires: Amorrortu.
- Fromm-Reichmann, F. (1984). *Principios de psicoterapia intensiva* (6a.ed.). Buenos Aires: Ediciones Horne.
- Grupo de Trabajo OPD. (2008). *Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD - 2). Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia*. Barcelona: Herder.
- Guba, & Lincoln. (2002). *Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social* . En C. Denman & J. A. Haro.
- Horner, A. (1982). *Object Relations and the developing ego in therapy*. Northvale: Jason Aronson.
- Horner, A. (1991). *Psychoanalytic Object Relations Therapy*. New Jersey, Londres: Jason Aronson.
- Horner, A., Trujillo, M., Winston, A., Been, H., Flegenheimer, W., Goldin, V., & Sklar, I. (1994). *Treating the neurotic patient in brief psychotherapy* . Estados Unidos: Jason Aronson Inc.
- Kernberg, O. (2001). Psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia de fortalecimiento: controversias contemporáneas. *Psicoanálisis APdeBa*, 201-227.
- Klein, M. (1950). *Sobre los criterios para la terminación de un psicoanálisis*. Bibliotecas de Psicoanálisis. Recuperado de www.psicoanalisis.org

Knafo, D. (2017). Beginnings and endings: Time and termination in psychoanalysis.

Psychoanalytic Psychology, 1-7. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1037/pap0000125>

Mahler, M. S. (1977). *El nacimiento psicológico del infante humano: simbiosis e individuación*. .

Buenos Aires: Marymar.

Ministerio de Salud de la República de Colombia. Resolución 8430, 5 de octubre (1993).

Pineda, E., & Alvarado, E. L. (2008). *Metodología de la investigación* (3a.ed.). Washington:

Organización Panamericana de la salud.

Polit, D. & Hungler, B. P. (2000). *Investigación científica en ciencias de la salud* (6a.ed.).

México: Interamericana.

Safrán, & Muran. (2005). *La Alianza Terapéutica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Schnitter, M. (1999). El umbral de la transferencia: El establecimiento del vínculo terapéutico.

Psicología desde el caribe, 1-6.

Schnitter, M. (2001). Mundo representacional [Gráfico]. Documento presentado en Seminario

Clínica IV Maestría en Clínica Uninorte. Medellín.

Schnitter, M. (2002). Guía para la presentación de casos clínicos. Documento presentado en

Seminario Clínica IV Maestría en Clínica Uninorte. Medellín.

Schnitter, M. (2016). Comunicación personal. Notas Seminario Clínica IV Maestría en Clínica

Uninorte. Medellín.

Spitz, R. (1965). *El primer año de vida del niño*. México: Fondo de Cultura Económica.

Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos*

para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.

Winnicott, D. (1996). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. En The Maturational Processes and the Facilitating Environment (1965).* Buenos Aires: Paidós.