

Artículo de revisión

La formulación psicodinámica: un abordaje práctico

Juan Pablo Ortiz Londoño*

* Médico Psiquiatra - ICSN - Clínica Montserrat. Docente del posgrado de psiquiatría - Universidad El Bosque. Candidato a psicoanalista Asociación Psicoanalítica Colombiana

Correspondencia: juanpablo306@gmail.com

Resumen

El siguiente artículo tiene como objetivo presentar una orientación práctica sobre cómo hacer una formulación psicodinámica. Está diseñada pensando sobre todo en residentes de psiquiatría que empiezan a navegar en el mundo de las ideas psicoanalíticas, de la terapia psicodinámica y cuyo bagaje teórico aun es incipiente. También es de interés para todo aquel que desee explorar el mundo de la psicodinámica. Como verán en las referencias bibliográficas, muchas de las ideas aquí sintetizadas vienen de conceptos de la terapia psicodinámica y de la experiencia del autor en dicha psicoterapia. El artículo también está dirigido a explorar en la historia clínica el tipo de preguntas que pueden orientarnos en la formulación, y a la vez busca integrar algunos conceptos psicodinámicos contemporáneos.

Palabras clave: formulación psicodinámica, psicoterapia psicodinámica, teoría psicodinámica.

Summary

The following article aims to provide practical guidance on how to conduct a psychodynamic formulation. It is primarily designed for psychiatry residents who are beginning to navigate the world of psychoanalytic ideas and psychodynamic therapy, and whose theoretical background is still in its early stages. However, it is also of interest to anyone wishing to explore the realm of psychodynamics. As seen in the references, many of the synthesized ideas presented here stem from concepts in psychodynamic therapy and the author's experience in that form of psychotherapy. The article also aims to explore the type of questions that can guide us in formulating the clinical history, while integrating some contemporary psychodynamic concepts.

Keywords: psychodynamic formulation, psychodynamic psychotherapy, psychodynamic theory.

Introducción

¿Qué es una formulación psicodinámica?

Una formulación psicodinámica es una hipótesis de trabajo que surge de las primeras entrevistas de evaluación que se

hace a un paciente. Como toda hipótesis, “tendrá” que pasar por la prueba de la confirmación o refutación a lo largo de todo el proceso terapéutico. Es por lo tanto una brújula, un mapa de inicio y no una estructura rígida.

Una formulación psicodinámica no es solo descriptiva; sino también incluye un por qué. De entrada, tenemos que hacernos preguntas como las siguientes: ¿Por qué esta persona se comporta de esta forma?, ¿Por qué se ve a sí mismo de dicha forma?, ¿por qué a los demás de esta otra?, ¿por qué está respondiendo a mí de esta forma? (transferencia), ¿Por qué está manejando el estrés de dicha manera? (1). Vemos entonces que no solo se limita a una fenomenología de síntomas como podría hacerse basándose en criterios diagnósticos del DSM 5, sino también indaga sobre factores dinámicos inconscientes.

Componentes de la formulación

Siguiendo a Perry, Arnold y colaboradores, la formulación psicodinámica consta de 4 segmentos(2). En el primero hay un breve resumen de la historia clínica del paciente; en el segundo la descripción de los factores no dinámicos; tercero una descripción dinámica dónde se exponen los conflictos centrales, y un cuarto componente dónde se analizan estos datos a la luz de cómo puede afectar el tratamiento y la relación terapéutica. Para profundizar sobre estos componentes recomiendo al lector remitirse al artículo original citado en la bibliografía. Sobre todo, es de sumo interés las diferencias entre etiología y significado en las formulaciones psicodinámicas. Esto quiere decir que hay patologías como los trastornos de la personalidad, donde las formulaciones pueden apuntar a dar explicaciones etiológicas, diferente a un episodio psicótico en dónde la etiología puede estar más en el orden de lo bioló-

gico; sin embargo, sus síntomas como las ideas delirantes en su contenido, pueden tener un significado dinámico.

Hay algunos aspectos prácticos que se deben tener en cuenta a la hora de recolectar información. Lo primero que deberíamos tener en cuenta es la descripción de síntomas y el diagnóstico fenomenológico. Para esta tarea los sistemas clasificatorios en psiquiatría como el DSM o CIE pueden ser útiles. Sin embargo, esto apenas es un paso inicial. Debemos indagar factores estresantes relacionados con el cuadro actual. Ejemplos de estos pueden ser los laborales como la pérdida de empleo o relacionados con la pareja como lo es la terminación de una relación sentimental. Es costumbre que se busquen factores estresantes que pueden tener que ver cronológicamente con el cuadro actual, sin embargo, es importante indagar también sobre aquellos longitudinales. La importancia de hacer dicha recolección es que nos permite ir viendo patrones, que son fundamentales para la formulación.

Luego de este paso, indagamos acerca de la personalidad previa. Una forma de averiguar esto por parte del entrevistador es de la siguiente forma: “Por favor haga una descripción de sí mismo de manera corta de forma que yo me pueda llevar una impresión de cómo es su personalidad o su forma de ser habitual”. Aquí hay que tener varias precauciones. Primero, es importante aclarar que se quiere indagar sobre algo longitudinal. No es inusual que un paciente responda esta pregunta según el afecto del mo-

mento y no haciendo una evaluación a lo largo de su vida. Si el paciente está muy sintomático (sobre todo maniaco o psicótico), es importante poder hacer esta pregunta nuevamente en un momento de menos sintomatología. Una segunda advertencia es que el hecho de que no pueda contestar esta pregunta en el primer intento no implica necesariamente psicopatología. A veces hay que aclarar con ejemplos lo que uno quiere dar a entender con descripción de la personalidad.

Ya superado estos primeros dos pasos, abordamos la historia familiar y personal. En la primera es relevante hacer dos preguntas en una: ¿Cómo describiría a su madre (o cualquier otro miembro de la familia) y como es su relación con ella? En la historia personal resulta útil indagar acerca de los eventos psicosociales del periodo perinatal, la lactancia materna, el cumplimiento de los hitos del neurodesarrollo, el control de esfínteres, la presencia o no de objeto transicional. Durante la infancia averiguar sobre eventos traumáticos, relaciones con pares, figuras de autoridad, rendimiento académico, problemas en la adaptación ansiedad de separación, ingreso al colegio. Durante el periodo de la adolescencia y adulto joven es útil indagar (además de lo que se puede preguntar sobre lo ya preguntado en la infancia) sobre la escogencia de actividades luego de terminación del bachillerato, la formación de relaciones de amistad, relaciones sentimentales, sexualidad. En los adultos las circunstancias relacionadas con la formación de pareja, historia laboral (ha-

ciendo énfasis en los motivos de cambio de trabajo). Ya veremos en la descripción de los distintos enfoques la importancia de varias de estas preguntas.

Enfoques de la formulación desde distintas escuelas psicoanalíticas

En psicoanálisis y psicoterapia psicodinámica es usual hablar de escuelas o enfoques psicodinámicos. No pretendo abarcar todos, sino los más frecuentes en nuestro medio. Sin embargo, es importante aclarar que hacer una división de estas puede ser en muchas ocasiones más teórica que práctica. Incluso autores contemporáneos tienden a tener enfoques integrativos, como por ejemplo Otto Kernberg quien hace una síntesis entre las relaciones objétales y la psicología del yo.

Relaciones objétales

La teoría de las relaciones objétales comprende un grupo de modelos relacionados que tienen en común la idea que la principal fuente de motivación y conflicto psicológico proviene de la internalización temprana de patrones de relacionamiento (3). Como autores representativos de esta escuela tenemos a Fairbairn, Melanie Klein y la escuela Kleiniana. Como mencionábamos antes, Kernberg en su fusión utiliza las relaciones objétales como elemento importante. Entonces vamos a ver que para esta teoría está en juego las relaciones entre uno mismo (*self*) y el objeto, que están teñidas por fantasías y moldes relacionales de la infancia. La formulación de la

posición esquizoparanoide y depresiva por parte de Klein es útil como idea guía para esta teoría. En términos generales y pragmáticos la posición esquizoparanoide implica que en el momento del desarrollo temprano el niño tiene fantasías acerca de lo que significa su entorno. El pecho que gratifica es un objeto bueno, el pecho que frustra (cuando por ejemplo el bebé tiene hambre y no recibe lactancia) es el pecho malo. Esta primera fase se denomina esquizoide porque precisamente el mundo está dividido en dos (bueno y malo). Es paranoide porque se despliegan ansiedades relacionadas (persecutorias, de aniquilación, de desintegración) y se despliegan mecanismos de defensa propios de esta fase (escisión, identificación proyectiva). Con el crecimiento y maduración del individuo estas experiencias se van integrando, llega un punto en que experimenta que esos dos objetos que percibía separados (uno como bueno y otro como malo) en realidad es son uno solo. Aparecen entonces la culpa y reparación, y se adentra en la posición depresiva. Dependiendo de factores constitucionales como ambientales estas fases se desarrollan con mayor o menor traumatismo dejando consecuencias en el estilo relacional. Por ejemplo, los pacientes con rasgos maladaptativos o trastorno de personalidad limítrofe suelen tener relaciones de objetos que recuerdan a la fase esquizo-paranoide en dónde hay interacción entre objetos buenos idealizados y objetos malos persecutorios. Un paciente obsesivo que tiende a ser neurótico puede tener objetos más integrados, pero problemas con el control y la culpa, lo que recuerda más a la

posición depresiva. Según esta teoría el mayor hito del desarrollo psicológico implica la integración de objetos, es decir experimentar la ambivalencia de los objetos, o en otras palabras tolerar que el mundo en general (de las personas, las situaciones, las instituciones, etc.) es de grises, que los seres humanos somos complejos, con nuestras cosas buenas y malas también. El paso desde la posición esquizoparanoide a la depresiva también implica logros en la capacidad de simbolización y mentalización.

Cuando indagamos la historia clínica de nuestros pacientes teniendo de guía esta teoría tenemos que poner especial atención en los vínculos primarios. La mayoría de residentes de psiquiatría cuando se enfrentan a una formulación han tenido poco contacto con el paciente, por lo que se hace necesario enfocarse en aspectos claves durante la entrevista.

Cuando le preguntamos al paciente por la descripción de una figura significativa, debemos tener en cuenta tres cosas (4). Lo primero, si describe esa persona más desde los afectos que desde una descripción externa. Por ejemplo, ¿Cómo describirías a tu mamá?: “la odio” responde un paciente con poca integración en sus objetos. Una persona con mayor integración podría decir algo como: “mi madre es arquitecta, es meticulosa en sus cosas, afectuosa, admiro su entrega al trabajo, pero también noto que es obstinada, en ocasiones peleamos por esto”. Si comparamos, notamos que la segunda descripción nos da una imagen más global y menos caricaturizada que la primera.

El segundo punto en bastante relación con el primero, tiene que ver con la capacidad para tolerar o no la ambivalencia. Las personas con objetos menos integrados tienden a dar descripciones polarizadas de las personas, “mi pareja es perfecta” o “este trabajo es una basura”, contrario a una persona con organización más madura, que puede observar los matices que normalmente tienen las personas, instituciones, etc.

El tercer punto tiene que ver con la capacidad para tolerar que las personas o los objetos tienen su propia agenda, sus propias motivaciones. A un paciente con unos objetos menos integrados se le pregunta sobre su esposa y dice: “cuando salimos a reuniones, le gusta ser desaliñada al vestir, sé que lo hace porque sabe que eso no me gusta, lo hace a propósito”. Otro paciente con organización más madura podrá decir algo como, “cuando salimos a reuniones, le gusta ser desaliñada al vestir, pienso que fue la forma como la criaron, no le da mucha importancia a las apariencias, no me gusta, pero tampoco la voy a cambiar”. Como mencioné más arriba, acá lo importante es ver patrones de relacionamiento, la descripción de una sola relación no es suficiente. Hay que recordar que esta forma de relación no solo se da con personas. Entonces en la historia clínica van a ser útiles aspectos como la vida laboral. Por ejemplo, un paciente tiene historia de 6 trabajos diferentes de donde salía por desmotivación. Este puede decir al entrevistador: “al comienzo pensé que era el trabajo perfecto, pero rápidamente todos me decepcionaron”. En caso de

pacientes más jóvenes su relación con el entorno académico puede ser de utilidad. También tenemos que ver cómo esos moldes relacionales se activan en la transferencia. Cuando indagamos en el pasado de nuestro paciente muchas veces es fácil identificar el origen de estos moldes relacionales. Por ejemplo, un padre que abandona el hogar es frío y con poco contacto con su hijo, influye en que el paciente construya un molde donde hay un *self* inferior, abandonado frente a un objeto frío y distante; patrón que se puede activar en otras relaciones de la vida del paciente. En otras ocasiones estas historias no surgen de manera tan marcada en la memoria, y por lo tanto hay que inferirlas del patrón de relación actual.

También es importante evaluar la calidad de los vínculos. Unos vínculos maduros se van a caracterizar por: confianza, reciprocidad, intimidad (1). Las personas más ancladas en la posición esquizoparanoide van a tener más dificultad para establecer relaciones que cumplan los tres criterios. Por ejemplo, una persona narcisista que se mueva dentro de una organización limítrofe podrá decir algo como: “estoy en este matrimonio solo por dinero”. Una pregunta de utilidad práctica puede ser: “si hacemos la lista de sus mejores amigos hace 10 años, hace 5 años y ahora, ¿Crees que coincidirían estas listas?”. Las personas más ancladas en posiciones depresivas tienden a tener vínculos más estables, duraderos. Una persona con poca integración en sus vínculos podrá decir: “solo me hablo con los amigos del trabajo actual, los de la universidad son unos traicioneros”.

Dinámicamente, se pueden ver además a los psicofármacos, en términos de relaciones de objeto. Es decir, los medicamentos pueden tener significados específicos para los pacientes. (1). Puede ser que, para una paciente con pobre introspección, la formulación de un medicamento signifique que su problema solo se deba a “unos neurotransmisores desajustados”; para otra persona con rasgos narcisistas puede implicar una afrenta a su autoestima: “he tomado medicamentos, pero los dejo, yo creo que no necesito estos, no creo que necesite ayuda, pero vengo acá por insistencia de mi pareja”. En otro paciente el psicofármaco puede representar una forma de control por parte de su terapeuta, o alguien con rasgos paranoides podrá desconfiar de forma importante de la prescripción hecha por su médico. No sería inusual que alguna persona con conflictos acerca de la necesidad de dependencia idealice la medicación y le atribuya esperanzas poco realistas. En últimas, hay que pensar la relación con la medicación como una relación entre el *self* (del paciente) y un objeto (el medicamento), teñido de una fantasía y atado a un afecto específico.

Otro aspecto importante en el modelo de las relaciones objetales es el uso de mecanismos de defensa. Las personas más ancladas en la fase esquizoparanoide tienden a utilizar mecanismos de defensa más primitivos o basados en la escisión (idealización/devaluación, identificación proyectiva, negación primitiva, control omnipotente), las personas más neuróticas tienden a utilizar

mecanismos de defensa más maduros o basados en la represión (racionalización, intelectualización, formación reactiva, sublimación, proyección neurótica). Una forma útil para percibir los mecanismos de defensa consiste en examinar nuestra contratransferencia. Es usual que cuando interactuamos con personas con estructuras más integradas, contratransferencialmente no tendemos a sentirnos presionados, incómodos, devaluados o idealizados, cosa que sí pasa con estructuras menos integradas en donde nuestra contratransferencia da señales de alarma.

Teoría del self

En esta teoría el principal protagonista es Heinz Kohut. A diferencia del yo que es un concepto más mecánico (propio de la metapsicología freudiana del siglo XIX) el concepto del *self* (o sí mismo) es más propio de la concepción existencialista del siglo XX. Dicho autor comenta: “la psique del hombre moderno, aquella que describieron Kafka, Proust y Joyce, está debilitada, fragmentada en múltiples partes y carente de armonía. De ello se desprende que no podremos comprender de forma adecuada a nuestros pacientes, y explicarnos lo que a ellos les ocurre, si pretendemos hacerlo con la ayuda de un modelo de conflictos inconscientes, no apto para ello” (5). Kohut privilegió los aspectos deficitarios en la construcción de la autoestima sobre los aspectos conflictivos del psicoanálisis freudiano. Si bien, su teoría inicialmente abarcaba una casuística de pacientes con trastornos narcisistas, más adelante consideró que la constitución del *self* es

el mayor hito del desarrollo psicológico del individuo. Por lo tanto, sus conceptos son de uso extensivo para el resto de las psicopatologías. Este autor parte de la base que para un *self* sano, el niño necesita de unos objetos del *self* (*self-objects*) adecuados. Por objetos de *self* entendemos a una persona, o representación de una persona que son fundamentales en la constitución del narcisismo sano (6). Las funciones de estos objetos recaen en los cuidadores primarios. Son tres las funciones de estos objetos: el reflejo, la idealización y la gemelaridad. El primero hace referencia a esta función que tienen los padres para reflejar lo que hace el niño. Palabras como “lo estás haciendo bien” o “qué bien te ves” son importantes para ir construyendo un *self* sano con todas sus funciones (autoestima, identidad, regulación de los afectos). Aquí también es importante considerar conceptos como la frustración óptima, ya que niños sobregatificados, también van a poder tener problemas en la constitución de su *self* más adelante. La idealización también es muy importante; el infante en sus primeros momentos necesita contar con unas figuras que considera como fuertes, presentes y que puedan idealizar, para obtener de ellos la sensación de calma, infalibilidad y omnipotencia. Muchas veces por algunas dificultades como ausencias, o enfermedad de los padres, este proceso no logra su mejor curso. La tercera función tiene que ver con lo gemelar. El niño necesita saber que pertenece a un grupo, a una comunidad, a un mundo de iguales. Cuando hay dificultades con estas funciones, esto se puede representar en pro-

blemas afectivos, consumo de sustancias psicoactivas, trastornos de personalidad en dónde se adoptan estrategias como inflar la autoestima o buscar incansablemente a quién idealizar, se convierten en formas de regular la autoestima. La carencia de una función gemelar se convierte en situaciones dónde esa persona puede sentir que no pertenece, a ningún grupo, a ninguna comunidad, a ningún proyecto especial.

Entonces dirigiéndonos a la historia clínica, hay unos aspectos de importante indagación. Un aspecto central es cómo la persona se describe a sí misma. Alguien que dice simplemente “no sé, ni idea, no me conozco”, nos habla de una difusión de identidad, contrario a una persona que se describe de forma compleja, explorando sus tonalidades de grises. Los hobbies también resultan de interés en este aspecto. Tener hobbies constantes y significativos hablan de fortalezas en la constitución de su *self*. En el caso contrario alguien puede decir “nunca he tenido hobbies” u otra persona puede decir “sí tengo, pero los abandono rápidamente”. Una persona con rasgos dependientes podrá decirnos: “pues siempre termino haciendo las cosas que hace mi pareja, pero no siento que tenga actividades de ocio propias”. Se puede indagar también la elección de sus estudios o labores luego del colegio. Alguien puede decir “yo la verdad no sabía qué estudiar, me metí a estudiar derecho porque creo que tiene salida, pero la verdad odio ser abogado”. Otra persona con una integración de su *self* puede decir: “de niño siempre me gustaron las matemáticas, me encantaba

jugar con armatodos, en el colegio sabía que quería ser ingeniero civil. Me gusta mucho mi carrera, me proyecto en el futuro en esta profesión. Es algo que hago no solo porque me da de vivir sino porque le da sentido a mi vida”.

Tener una cohesión del *self* también implica ver a los demás de forma más cohesiva, es decir con sus ambigüedades, con sus complejidades. Esto se va a materializar en la madurez o no que asuma los vínculos, los proyectos, las tareas en general. Otra área de igual importancia para la evaluación tiene que ver con la regulación de la autoestima. Algunas preguntas orientadoras pueden ser las siguientes: Háblame de alguna vez que querías algo que no conseguiste. ¿Cómo te sentiste en ese momento? Todas las personas tenemos cosas que no nos hacen sentir orgullosos acerca de nosotros mismos. ¿Qué tipo de cosas lo hacen sentir a usted así? ¿Tiende a sentir que las personas alrededor de usted son incompetentes?, ¿Tiende a sentirse como el menos competente del grupo? (1).

Como en los otros modelos es importante indagar el uso de mecanismos de defensa. Si bien en el psicoanálisis clásico se ve los mecanismos de defensa como respuesta a conflictivas donde las pulsiones agresivas y sexuales están en la base, en la psicología del *self* se entienden estos mecanismos como respuestas a la no cohesión o fragmentación del *self*.

Psicología del yo

La psicología del yo es una corriente psicoanalítica que parte de los desarrollos

tempranos de Freud en dónde hay un choque entre el funcionamiento mental consciente e inconsciente, en dónde las pulsiones del ello luchan contra las defensas que el yo construye para contenerlos. (Mitchell et al., 2004). Autores importantes en esta escuela son Ana Freud, Hartman, Margaret Mahler. Para esta escuela entonces, el choque entre pulsiones agresivas, libidinales y las defensas que se desarrollan juegan un rol central. Otra forma de ver esto es como un choque entre algo que se desea con algo que se teme. Freud consideraba que el desarrollo psíquico pasaba por diferentes fases o etapas del desarrollo, ancladas a diferentes zonas erógenas. Se fueron constituyendo entonces unas fases del desarrollo psicosexual: oral con sus subdivisiones entre succión y sádica, en dónde el conflicto central es con la dependencia y los mecanismos de defensa más frecuente son la identificación proyectiva, escisión; la anal con sus subdivisiones entre fase temprana y tardía, en dónde el conflicto central es con el control, y las defensas involucradas tienen que ver con la formación reactiva, la disociación ideó afectiva, racionalización e intelectualización; la fase fálica en dónde la conflictiva edípica cobra mayor importancia y se despliegan mecanismos de defensa como la represión, somatización, desplazamiento y por último la fase genital. Cada uno reflejaba un avance en la maduración psíquica y relación con el objeto.

Abraham ligó la tradicional clasificación psiquiátrica a estas fases. Así consideró que la esquizofrenia estaba vinculada

con la primera sub-fase oral de succión, el trastorno bipolar (o enfermedad maníaco-depresiva como la llamaba), estaba ligado con la fase oral sádica, la paranoia con la temprana fase anal, el trastorno obsesivo con el estadio anal tardío, la histeria con la fase fálica, y la personalidad normal con la fase genital. El esquizoide, depresivo y los trastornos del impulso eran variantes del carácter oral, los desórdenes paranoides y obsesivos eran variantes del carácter anal y los trastornos histéricos variantes del carácter genital (8).

Contemporáneamente se han complementado esta visión del psicodesarrollo, no solo viéndolo como un conjunto de regresiones y fijaciones a etapas pre-edípicas. Por ejemplo, la personalidad obsesiva no se vería simplemente como el producto de la regresión a la fase anal, si no que cobran interés, los elementos interpersonales, la autoestima, manejo de la ira, la dependencia, el estilo cognitivo (9). También se ha retado la idea de que conflictos específicos obedecen a zonas erógenas específicas. Por ejemplo, aunque conflictos con el control han sido vistos tradicionalmente como conflictos anales, en la fase oral un niño puede estar luchando con los padres sobre el succionar o escupir el biberón. Otro ejemplo puede ser en la fase oral dónde si bien el conflicto principal es sobre la dependencia, este problema también se puede presentar en fases posteriores (8).

Caso clínico

Alejandra (A) es una paciente en la tercera década de la vida (29 años) que

consulta por un cuadro clínico de tres semanas de evolución consistente en ánimo triste la mayor parte del día todos los días, anhedonia, ideas de minusvalía, desesperanza, ideas de muerte con ideas pobremente estructuradas de suicidio. Como factor estresante actual comenta ruptura de relación de pareja en la que llevaba 6 meses de relación, comenta al respecto: “no sé por qué todas mis relaciones se terminan dañando”. También desde hace tres años presenta conductas de *cutting* en antebrazo izquierdo. Este es su tercer episodio depresivo, ocurriendo el primero a los 16 años, el segundo a los 20. Los factores estresantes de esos episodios también estuvieron en el contexto de ruptura de relación de pareja. Ha tenido tratamientos farmacológicos en el pasado con Sertralina (un mes), escitalopram (tres semanas), bupropión (dos meses). Al respecto comenta: “al inicio funcionan muy bien, pero luego dejan de funcionar, no los sigo tomando”.

Alejandra es abogada, vive sola con dos mascotas, un perro y un gato. Trabaja como escribiente en un juzgado hace seis meses. Se gradúa a los 24 años, ha tenido varios empleos a lo largo de su historia laboral, alrededor de 4. De esto comenta: “o me aburro o me echan por algún problema, es que la gente no soporta que le digan la verdad en la cara. Al comienzo no es así, pienso que estoy en el mejor sitio para trabajar. En una ocasión renuncié sin pensarlo”. Ampliando su historia de relaciones sentimentales comenta 5 relaciones de importancia, de lo que comenta: “al comienzo todos se portan como unos príncipes, pero después pe-

lan el cobre”. Profundizando sobre esto vemos como la paciente se apega fuertemente a las parejas, se vuelve demandante progresivamente y luego se siente rechazada.

En relación con las actividades de tiempo libre comenta: “no sé, cuidar mis mascotas es lo único que hago además de trabajar...creo que me gustan pocas cosas. Cuando estaba con mi anterior novio me gustaba ir a escalar, ya ahora no me interesa”. En su personalidad previa se define como “normal, como cualquier persona, muchas veces hago cosas por impulso”. Cuando se indaga sobre vínculos de amistad dice que sale en ocasiones con los compañeros del juzgado, “salimos como a unas cervezas y ya”, no tiene vínculos de amistad significativos en el momento. Se indaga sobre anteriores amistades: “se han alejado, me di cuenta de que no se puede ser sincera porque eso no le gusta a la gente”. Profundizando sobre esto, Alejandra reconoce parcialmente que puede llegar a ser invasiva y demandante en sus vínculos de amistad.

Al explorar su historia familiar sus padres son casados, abogados, tiene una hermana arquitecta y un hermano médico. De la familia comenta: “mis papás se la pasaban trabajando, a veces pienso que no les importaba sus hijos, recuerdo que me daban las cosas materiales, mi mamá era más afectuosa que mi papá, pero tampoco estaba mucho en casa”. De los hermanos comenta: “con mi hermana nos hablamos, pero peleamos bastante, a veces resulta mejor estar a distancia”.

Del hermano comenta: “un sol, siempre pendiente y presente, no recuerdo nunca haber peleado con él o disgustarme”.

A continuación, me enfocaré en la formulación de sus aspectos dinámicos y en la predicción de respuestas a la situación terapéutica. Es decir, los puntos 3 y 4 de la formulación psicodinámica en modelo de Perry, Arnold y colaboradores.

Formulación desde las relaciones objetales

La descripción de la relación con sus padres desde la infancia supone la introyección de unos objetos considerados como poco disponibles, y una visión de sí misma empobrecida, de alguien abandonada. La escenificación de este molde relacional lo podemos ver en sus relaciones interpersonales de importancia, dónde vemos que, en A, hay cierta tendencia a ver estas personas de forma polarizada. Sus exparejas resultan siendo “malas”, decepcionantes al igual que las empresas dónde ha trabajado y que ha salido por dificultades. Esto contrasta con relaciones idealizadas como la que tiene con el hermano, o como las que tenía con sus parejas antes de las dificultades “se comportaban como unos príncipes”, comentaba. En respuesta a esto se defiende con mecanismos como la idealización/devolución, también es relevante el uso de la identificación proyectiva, dónde proyecta su agresión por ejemplo con personas que ha trabajado y luego racionaliza diciendo “es que la gente no le gusta que le digan las cosas en la cara”. Vemos que sus vínculos de amistad son pobres, carecen de las características de las relaciones

profundas. Sus amigos más cercanos son los del actual trabajo en dónde socializa ocasionalmente. Estos vínculos no son personales y carecen de reciprocidad y confianza.

Dado el tipo de vínculos que A establece, es esperable que tanto la alianza terapéutica, como la prescripción de los medicamentos si llega a necesitar, impliquen que el terapeuta deba estar atento a las relaciones de objeto que se establezcan tanto con el terapeuta, como con el fármaco. Es esperable que estos dos componentes estén fuertemente afectados y sean vistos como objetos parciales. El terapeuta a través de la interpretación de la transferencia, de las clarificaciones y confrontaciones de las relaciones *self*-objeto que establece la paciente, logrará que Alejandra vaya integrando una visión de sí misma y de los otros más ambivalente, es decir, que pueda ir integrando progresivamente los aspectos positivos y negativos del objeto en forma global.

Formulación desde la psicología del yo

Vemos en A una conflictiva importante relacionada con miedo al abandono, a la separación, lo que sugiere conflictivas de características orales. Es decir, inconscientemente anhela vincularse, aferrarse, sin embargo, su temor al abandono hace que constantemente esté generando presión que lleva a lo opuesto, es decir, al rechazo. Es probable que estas dificultades tengan relación con las experiencias tempranas, ya que no pudo establecer unas figuras primarias que pudiera sentir seguras, confiables. Su modo de funciona-

miento lo vemos sobre todo en la forma como asume sus relaciones sentimentales. Primero hay un apego importante y ante la necesidad de hacer este vínculo “más seguro”, demanda más atención de sus parejas para luego ser rechazada. Vemos que esto es similar en sus relaciones de amistad, lo cual la ha llevado al aislamiento. Ante esa conflictiva despliega mecanismos de defensa como la idealización/devaluación, la identificación proyectiva, el control omnipotente, todos estos destinados a negar la separación del objeto y a tratar de mantener de una y otra manera la constancia objetal. Respecto a su funcionamiento yoico vemos algunas fortalezas y algunas deficiencias. Si bien es una mujer que ha logrado terminar una carrera universitaria sin mayor dificultad, en el momento se desempeña en un cargo por debajo de su formación académica. La forma en que ha terminado algunos vínculos laborales y sus conductas de *cutting* nos hablan de dificultades para regular los afectos y los impulsos. Su prueba de realidad está conservada.

Se trata de una paciente en quien ante todo hay que fortalecer la alianza terapéutica desde el inicio del tratamiento dado sus dificultades en sus funciones yoicas y el uso predominante de mecanismos de defensa primitivos. Es probable, que al inicio del tratamiento la paciente se vincule de forma dependiente, para luego pasar a ser demandante y sensible a lo que puede interpretar como rechazo por parte del terapeuta. El terapeuta, utilizando herramientas como la confrontación, clarificación, las inter-

pretaciones transferenciales, pero también haciendo uso de interpretaciones históricas, podrá ir construyendo con la paciente el insight que necesita para que su relacionamiento inconsciente se vaya haciendo cada vez más consciente, y esto incida favorablemente en su salud mental.

Formulación desde la psicología del *self*

La descripción que hace A de sus figuras primarias como ausentes y poco disponibles nos hace pensar que la paciente no pudo encontrar unos objetos del *self* significativos que supliera las funciones de espejamiento, idealización y generalidad requeridos para el desarrollo de un *self* sano y cohesivo.

Vemos que A tiene una pobre definición de sí misma, dificultándose integrar aspectos importantes de su identidad con las elecciones que toma en torno el trabajo, las relaciones de pareja. Esto unido a una dificultad para regular su autoestima que ha generado dificultad para mantener metas y proyectos a largo plazo, como lo vemos en su vida laboral donde no ha tenido trabajos estables y funciona por debajo de sus capacidades. Un elemento significativo es cuando se le pregunta sus actividades de ocio o tiempo libre, responde al entrevistador diciendo que no tiene o que tiene pocos significativos que le den un sentido vital a su existencia. Su *self*, en constante riesgo de fragmentación usa mecanismos defensivos para evitarlo. Uno de estos es la idealización, lo vemos como se relaciona inicialmente con parejas o lugares de trabajo, o incluso con los medicamentos,

siendo esto de suma importancia para la regulación de la autoestima. Este uso rígido de la idealización probablemente está relacionado la deficiencia de un objeto del *self* que supliera estas funciones en los primeros años.

Es probable que durante el tratamiento la paciente inicialmente despliegue transferencias narcisistas (especular, gemelar, idealizada) y el terapeuta deba estar sensible a estas necesidades, proporcionando las funciones de *self-object* con las que no contó en la infancia, para que su *self*, detenido en su desarrollo, pueda aspirar a la cohesión. El uso de la empatía será piedra angular para ofrecer al paciente primero comprensión y luego explicación de sus fenómenos psíquicos.

Consideraciones finales

Se describió la formulación a la luz de tres teorías psicoanalíticas. Sin embargo, es importante hacer algunas aclaraciones. Cada una de las teorías surge en un contexto y problemática particular. La teoría que más se acerca a lo que clásicamente se ha concebido como psicoanálisis freudiano es la psicología del yo, de mucha utilidad sobre todo con pacientes con estructuras más neuróticas, lo cual no quiere decir que no se pueda utilizar en otras problemáticas. También es conocido, que la teoría de las relaciones objétales en sus inicios emerge ante la problemática de poder analizar a pacientes no tan neuróticos “borderline, incluso psicóticos”. Pero como la teoría anterior, su uso puede ser extensivo al resto de la psicopatología. En el caso de la teoría del *self*, también es conoci-

do que surge ante el problema de poder tratar psicoanalíticamente a las personas narcisistas, pero como las otras dos teorías, son aplicables al resto de psicopatología. Esta situación puede hacernos pensar que existen ciertas patologías que encajan mejor con ciertas teorías. Hay razones históricas para pensar que eso es así; sin embargo, el estudiante debe privilegiar la observación de su paciente y no preocuparse por “encajar teorías”. Otra advertencia tiene que ver con la utilización de uno o múltiples enfoques a la hora de realizar la formulación. Por motivos académicos y pedagógicos es habitual que a los residentes se le pida trabajar con una teoría. No obstante, Gabbard señala que con algunos pacientes un solo modelo puede tener un mayor valor explicativo que otro, pero en otros casos obtener soporte de más de un modelo puede ser útil para entender la psicopatología (9).

Referencias

1. Cabaniss D, Cherry S, Douglas C, Graver R. Psychodynamic formulation. 2013 [citado el 3 de junio de 2023].
2. Perry Samuel. La formulación psicodinámica: su propósito, estructura y aplicación clínica. *The American Journal of Psychiatry*. 1987;543–50.
3. Clarkin J. Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: A clinical handbook. 2010 [citado el 3 de junio de 2023].
4. Akhtar S. Broken structures: Severe personality disorders and their treatment. 2000 [citado el 3 de junio de 2023].
5. Nemirovsky C. Winnicott y Kohut-La intersubjetividad y los trastornos complejos: Nuevas perspectivas en psicoanálisis, psicoterapia y psiquiatría. 2020 [citado el 21 de junio de 2023].
6. Lessem P. *Self psychology: An introduction*. 2005 [citado el 3 de junio de 2023].
7. Mitchell S, del MBM allá de F una historia, 2004 undefined. Más allá de Freud: Una historia del pensamiento psicoanalítico moderno.
8. Josephs L. *Character and self-experience*. Jason Aronson; 1995.
9. Gabbard G, Horigian V. *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. 2002 [citado el 5 de junio de 2023].