

Módulo didáctico

Aproximaciones teóricas a la psicología dinámica

Fabiola Inés Restrepo Ruíz

Aproximaciones teóricas a la psicología dinámica

Fabiola Inés Restrepo Ruíz

 **Fondo Editorial**
Institución Universitaria de Envigado

Restrepo Ruíz, Fabiola Inés Aproximaciones teóricas a la psicología dinámica / Fabiola Inés Restrepo Ruíz – Envigado: Institución Universitaria de Envigado, 2023.

58 páginas.

ISBN: 978-628-7601-22-2

1. Psicología dinámica – 2. Psicoanálisis 150.193 (SCDD-ed.22)

Aproximaciones teóricas a la psicología dinámica

Autora: Fabiola Inés Restrepo Ruíz

© Institución Universitaria de Envigado, (IUE)

Colección Institucional

Edición: agosto de 2023

Publicación: agosto 2023

Hechos todos los depósitos legales

Rectora

Blanca Libia Echeverri Londoño

Director de Publicaciones

Jorge Hernando Restrepo Quirós

Coordinadora de Publicaciones

Lina Marcela Patiño Olarte

Asistente Editorial

Nube Úsuga Cifuentes

Diagramación y diseño

Leonardo Sánchez Perea

Corrección de texto

Tomás Vásquez

Edición

Sello Editorial Institución Universitaria de Envigado

Fondo Editorial IUE

publicaciones@iue.edu.co

Institución Universitaria de Envigado

Carrera 27 B # 39 A Sur 57 - Envigado Colombia

www.iue.edu.co

Tel: (+4) 339 10 10 ext. 1524

Impreso en Colombia – Printed in Colombia

Los autores son moral y legalmente responsables de la información expresada en este libro, así como del respeto a los derechos de autor. Por lo tanto, no comprometen en ningún sentido a la Institución Universitaria de Envigado.



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento -No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional. Más información: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Contenido

Introducción	5
Unidad N.º 1. Contextualización y evolución del psicoanálisis Postfreudiano	
1.1. La psicología dinámica y sus orígenes	7
1.2. La teoría psicoanalítica después de Freud: metáfora Torre de Babel	12
1.3. Matriz relacional y la psicología dinámica	14
Unidad N.º 2. Teorías postfreudianas	
2.1. La Psicología del Yo: Heinz Hartmann	15
2.2. Introducción a la escuela inglesa de psicoanálisis: Melanie Klein, objetos buenos y malos	18
2.3. D. Winnicott: teoría de la transicionalidad y desarrollo temprano	23
2.4. El modelo de desarrollo emocional de Margaret Mahler	29
2.5. La teoría de las relaciones objetales en la obra de Otto Kernberg	34
2.6. El psicoanálisis relacional	38
Unidad N.º 3. Aspectos clínicos de la psicología dinámica: intervención	
3.1. La entrevista clínica inicial	42
3.2. El uso clínico del juego	47
3.3. Algunas precisiones acerca del terapeuta	50
Referencias	53

DESCRIPCIÓN GENERAL				
Nombre de la asignatura	Psicología dinámica			
Código de la asignatura	PS2212			
Programa académico	Psicología			
Área de formación	Eje de análisis clínico			
Fecha de aprobación	12-08-2016			
Versión	02			
Requisitos	Fundamentos de psicoanálisis			
Habitable	Sí		No	X
Créditos académicos	<i>Cr</i>	<i>Tbta</i>	<i>Hadd</i>	<i>Hti</i>
	3	48		96

Introducción

La psicología dinámica se ubica, junto a la psicología cognitiva y humanista, como una de las corrientes desde las cuales el psicólogo puede ejercer su profesión y entiende la construcción del psiquismo humano, en este caso a partir de una perspectiva relacional, vertiente presente en la obra freudiana que se puede leer en algunos textos como *Psicología de las masas y análisis del yo*, en el que Freud plantea que “en la vida anímica del individuo el otro cuenta con total regularidad como objeto, como auxiliar y como enemigo” (Freud, 1976, p. 67).

Como se insinuó en el párrafo anterior, los orígenes de la psicología dinámica se remontan al psicoanálisis, en parte por la concepción dinámica y no estática que Freud despliega sobre el psiquismo, donde el conflicto humano es producto de fuerzas internas que entran en contradicción. Pero si bien sus construcciones teóricas iniciales parten del psicoanálisis y retoman algunos conceptos originarios, esta corriente teórica no se queda ahí, pues inicia su evolución y cimentación con la participación de diversos autores denominados postfreudianos, quienes retoman partes de su pensamiento e introducen variaciones significativas; de esta manera, bajo el rotulo de *psicología dinámica* se integran una diversidad de teorías derivadas del psicoanálisis, cuya modificación esencial radica en concebir el inicio de la vida psíquica no desde un orden pulsional sino relacional.

Al respecto son múltiples los autores que han asistido a la configuración de esta corriente, desde los más clásicos como Hartman, Melanie Klein, René Spitz y Anna Freud hasta los más contemporáneos como Joan Coderch y Mitchell Stephen, entre otros; todos de regiones geográficas y escuelas diversas, como la psicología del yo, las relaciones objetales, el modelo relacional, etc., teniendo en común que unos y otros han sido permeados por la postura freudiana en su concepción sobre la vida psíquica, incluso algunos de ellos, como Hartmann, fueron sus discípulos.

El recorrido que propone este curso muestra al estudiante las diversas teorías que integran la corriente de la psicología dinámica y explican los comienzos de la vida psíquica, lo cual da cuenta de la riqueza y complejidad de la construcción del psiquismo y la identidad humana, que se inicia con la vida de un ser frágil, dependiente e incompleto que está a merced del otro y al cual requiere para sobrevivir.

Consecuente con lo expuesto, el propósito general de formación de la asignatura es entender los principales desarrollos teóricos de la psicología dinámica que permiten la comprensión de la construcción de la identidad humana y el análisis de distintas problemáticas relacionadas con lo psíquico. Específicamente, se pretende identificar los principales conceptos desarrollados por los distintos autores de la corriente citada, establecer las diferencias existentes entre las distintas posturas teóricas de la psicología dinámica y entre estas y el psicoanálisis; así mismo, examinar la importancia de las relaciones objetales en el funcionamiento psíquico del individuo.

Este módulo acompaña el desarrollo del curso de Psicología Dinámica, el contenido está organizado en conexión con sus unidades de aprendizaje y se encuentra ordenado según el desarrollo de las competencias que se desean lograr. Así mismo, propone diversas actividades complementarias en el proceso de formación, las cuales amplían la visión de los conceptos relacionados con la psicología dinámica.

Unidad N. ° 1.

Contextualización y evolución del psicoanálisis Postfreudiano

Esta unidad expone los caminos que toma el psicoanálisis después de Freud, los cuales son bien disímiles y muestran a todas luces la diversidad de teorías existentes y cómo su construcción está sujeta a la visión particular que tiene cada autor, a su ubicación geográfica y a la influencia que este recibe, entre otras; dicha situación ha sido metaforizada por Bion citado en Bleichmar y Leiberman de Bleichmar (1997) como “babelización del psicoanálisis”.

1.1. La psicología dinámica y sus orígenes

La psicología dinámica es una corriente teórica de la psicología que se origina a partir de la articulación de distintas teorías derivadas del psicoanálisis. El término como tal surge por primera vez en 1918, cuando Robert S. Woodworth (Poch Bullich, 1989) publica la obra titulada *Dinamyc Psychology*, aunque ya desde 1910 este psicólogo experimental utilizaba en sus conferencias esta expresión denominándose a sí mismo “psicólogo dinámico” (Poch Bullich, 1989, p. 68-69). Es decir, la psicología dinámica tiene una herencia freudiana por el concepto de dinámica, el cual a su vez es retomado por Freud de la física, pero también de la psicología behaviorista y sus diversos representantes, quienes pretendían estudiar “las relaciones dinámicas de la pareja estímulo-respuesta en el aprendizaje” (Poch Bullich, 1989, p. 69) del comportamiento tanto animal como humano.

Siendo así, dilucidar su origen se torna complejo, Boring (1950) citado en Poch Bullich (1989) afirma “que no tiene ni un fundador, ni un líder. Por otro lado, no siendo una escuela claramente definida incluye varias de ellas” (p. 68). En esa medida, si bien la psicología dinámica “tiene en el psicoanálisis freudiano uno de sus orígenes, se ha ido erigiendo también gracias a los aportes provenientes de la psicología general, la psicología evolutiva y la teoría de la personalidad” (Bedoya Hernández, 2012, p. 689, citando a Mitchell & Black, 2004 y a Blanck & Blanck, 1986; Hartmann, 1987) llegando a tener hoy su propia identidad y estableciendo diferencias claras con las posturas psicoanalíticas pulsionales que le dieron su origen.

Bedoya Hernández (2012), Andrade Rodríguez (2010) y Jaramillo Serna et al. (2016) se fundamentan en los planteamientos realizados por Poch para mostrar la inespecificidad de su origen y resaltar el papel de la teoría psicoanalítica postulada por Freud y sus desarrollos posteriores, los cuales introducen variaciones significativas a sus postulados originales, confirmando que “tener acceso a la ciencia es rejuvenecer espiritualmente, es aceptar una mutación brusca que ha de contradecir a un pasado” (Bachelard, 1976, p. 16).

Los aportes retomados del psicoanálisis que dan origen a la fundamentación de la psicología dinámica se refieren a su concepción metapsicológica, término con el cual Freud pretende:

Designar el conjunto de su concepción teórica, y distinguirla de la psicología clásica. El enfoque metapsicológico consiste en la elaboración de modelos teóricos que no están directamente vinculados a una experiencia práctica o a una observación clínica; se define por la consideración simultánea de los puntos de vista dinámico, tópico y económico (Roudinesco & Plon, 1998, pp. 699-700).

Por su parte, Assoun, (2002) afirma que la metapsicología en la obra freudiana se refiere por lo menos a 3 aspectos: 1° una psicología del inconsciente, la cual va más allá de la conciencia y pretende enfatizar las profundidades mostrando la dimensión oculta del estudio de los procesos inconscientes, así mismo, hacer una ruptura epistemológica con las tradiciones discursivas de la época, entre ellas con la psicología académica. 2° La metapsicología como una concepción en su obra cuyo

[...] núcleo está constituido por la “teoría pulsional” (*Trieblehre*) [véase pulsión (*)]. Se descompone en tres dimensiones o “coordenadas”: teoría de las cantidades [economía (*)], teoría de las fuerzas (dinámica [*]) y teoría de los lugares o “sistemas” [tópica (*)]: “De este modo, escribe Freud, nombré un modo de concepción según el cual cada proceso psíquico es apreciado según las coordenadas de la dinámica, de la tópica y de la economía (Assoun, 2003, p. 51).

Y el 3° aspecto, lo nombra *la hechicera metapsicológica* o *el fantaseo teórico*. Con ello quiere mostrar la necesidad de recursos teóricos para el trabajo clínico, es decir, “la hechicera metapsicología interviene puntualmente para trazar, con claridad, los contornos de una incertidumbre clínica. Para seguir “avanzando”, el clínico, atascado en la contradicción de los hechos, sólo puede “recuperar terreno” “consultando la metapsicología” (Assoun, 2002, p. 16).

El punto de vista económico remite de manera general, en la obra freudiana, al nivel de excitación mayor o menor presente en los procesos psíquicos; la excitación menor

corresponde a determinada homeostasis, equilibrio, suspensión temporal del deseo, y energía comprometida baja, mientras que al surgir el deseo, que es la manifestación de la pulsión, esta se aumenta, se rompe el equilibrio siendo necesario realizar acciones que cancelen temporalmente el incremento de energía, y así sucesivamente ya que el deseo nunca cesa.

Lo económico da cuenta entonces del nivel energético involucrado en un proceso; por ejemplo, en un disgusto generado por una disputa se incrementa la energía, la cual en este caso concreto se identificaría como la rabia, lo que a su vez corresponde a la expresión de la pulsión de muerte, de la que necesita deshacerse aquel que la experimenta, lo cual hará en términos ideales según su cultura, formación y aprendizaje de la realidad, de la norma. “En resumen, se trata de seguir los destinos de las cantidades de excitación y llegar al menos a una estimación relativa de su magnitud” (Chemama, 1998, p. 119) con la cual el sujeto se las pueda arreglar.

Este concepto energético llama la atención en la obra de Freud, ya que según Chemama (1998) es, sin temor a equivocarse, una de las nociones más hipotéticas de ella; asimismo, no hay que olvidar el contexto de la época en la cual él construye su teoría y cómo uno de sus afanes era “ajustar sus descubrimientos y las teorías por ellos generados a los modelos de las ciencias naturales” (Poch Bullich, 1989, p. 20), pues era para él todo un desafío responder a las críticas desde el método científico.

El punto de vista dinámico, según Laplanche y Pontalis (1977), “califica un punto de vista que considera los fenómenos psíquicos como resultantes del conflicto y de la composición de fuerzas que ejercen una determinada presión, siendo éstas, en último término, de origen pulsional” (p.99). Freud a su vez retoma la noción de dinámica de la física, referida al “estudio del movimiento de los cuerpos y de las fuerzas a que responden dichos movimientos” (Poch Bullich, 1989, p.74). Las preguntas que salen a relucir aquí, entre otras, son las siguientes: ¿qué implica este concepto dinámico en los procesos psíquicos?, ¿cómo funciona y cuál es su papel en los mismos?, ¿por qué Freud retoma ese término de la física y lo aplica a la condición humana? La intención no será precisamente responderlos, sino hacerlos visibles y dar algunas pinceladas al respecto.

Con este postulado de dinámico se efectúa un cambio en la concepción de lo psíquico de estático a dinámico (Poch Bullich, 1989), de fijo a cambiante por la presencia de las fuerzas pulsionales de carácter opuesto que entran en contradicción y generan el conflicto, siendo este uno de los motores principales en los procesos psíquicos, ya que empuja a realizar

acciones tendientes a encontrar alternativas para enfrentar y resolver el conflicto. Respecto a lo anterior, el *ello* aspira al placer, pero el *superyó*, asiento de la conciencia moral y generador de culpa, se opone a dicha satisfacción, generando la contradicción y el conflicto.

Con el tercer elemento de la metapsicología freudiana denominado *tópico*, concepto metafórico que alude al *topos* o lugar, Freud quiere indicar la existencia de un aparato psíquico compuesto por instancias; el primero que figura en su teoría lo denominó la primera tópica compuesto por: inconsciente, preconsciente y consciente; la segunda tópica por ello, yo y superyó. Lo económico y lo dinámico serían entonces formas de funcionamiento ligadas al aparato psíquico.

Como se puede observar, las teorías no permanecen incólumes, pues luego de ser creadas, pasan al terreno de lo público y al debate, en esa medida están expuestas a la crítica, a la valoración, a ser refutadas, alabadas y transformadas. Es el caso concreto del psicoanálisis freudiano, cuya característica principal es la concepción de la vida psíquica inconsciente, de la cual se desprende una particular concepción de lo psíquico, y que luego de sus primeras formulaciones inicia su evolución hasta el día de hoy, viviendo una renovación constante de los conceptos que lo componen. El surgimiento del psicoanálisis ha permeado la psicología, la psiquiatría y otras tantas disciplinas cuyo objeto de estudio es el comportamiento del hombre; si bien sus conceptos han sido muy polémicos, ello no le ha impedido influenciar los terrenos citados.

Bleichmar y Leiberman de Bleichmar (1997) muestran que las teorías psicoanalíticas se transformaron en tres destinos distintos. Uno de ellos es referido a aquellos conceptos que continúan hoy con pocas modificaciones, siendo el núcleo esencial de su propuesta; aquí figuran los conceptos relacionados con la técnica psicoanalítica, la sexualidad y la noción de inconsciente. En otro de los destinos permanecen los términos iniciales propuestos por Freud, pero su sentido no sigue siendo el mismo, es decir, “su significado profundo cambió o, por lo menos, se desplazó tanto que tiene poca relación con el original de Freud” (Bleichmar & Leiberman de Bleichmar, 1997, p. 28). Es en esta segunda alternativa en la que más innovaciones se producen respecto de las concepciones de Freud, dando lugar a renovadas perspectivas que amplían las posibilidades teóricas y técnicas de las orientaciones conceptuales basadas en la línea freudiana; es así como en Norteamérica se ubica la psicología del yo en cabeza de Heinz Hartman, en Inglaterra se da la escuela de las relaciones objetales con Melanie Klein y en Francia la teoría lacaniana representada por Jacques Lacan (Bleichmar

& Leiberman de Bleichmar, 1997); cada una de estas escuelas toma fragmentos de la obra freudiana, los relee creando nuevas interpretaciones. La psicología dinámica, para su configuración y desarrollo, se apoya precisamente en esas transformaciones. Finalmente, el tercer destino de las teorías freudianas está relacionado con conceptos muy valiosos para Freud, pero los cuales ya no son aceptados, han caído en desuso y son sometidos a fuertes críticas, lo que ha permitido reevaluarlos. McInstosh (1979), citado en Bleichmar y Leiberman Bleichmar (1989) afirma que “lo dominante en la actualidad sería una suerte de revisionismo” (p. 28), lo cual conlleva reevaluar conceptos como la metapsicología, la libido y lo femenino.

Actividad N.º 1.

Aspectos epistemológicos de la psicología dinámica.

Lea el siguiente texto:

Poch Bullich, J. (1989). *Psicología dinámica*. Herder. (pp. 65-101).

Después de la lectura del texto de Joaquim Poch Bullich, responda las siguientes preguntas:

1. ¿En qué consiste la psicología dinámica antes y después de Freud?
2. ¿Cuál es el objeto de estudio de la psicología dinámica?
3. ¿Qué se entiende por psicología dinámica en el sentido amplio y en el restringido?
4. ¿Cuáles son los inconvenientes que tiene el término de dinámica?
5. Mencione los autores y desarrollos teóricos que hacen parte de la evolución del concepto de psicología dinámica
6. ¿De dónde procede el término *dinámica* y qué significa en esa disciplina?
7. Explique por qué se puede afirmar que Freud puso la visión dinámica de la psicología en un lugar aceptable y reconocible para los psicólogos
8. ¿Cuáles son las variaciones teóricas que tiene el concepto de conducta?
9. ¿Cómo articula el autor el concepto de pulsión de Freud y el concepto de conducta y cuáles son las implicaciones de este hecho?

1.2. La teoría psicoanalítica después de Freud: metáfora Torre de Babel

La divergencia conceptual que ha vivido el psicoanálisis es una impronta desde sus comienzos; un ejemplo de ello es la salida temprana de Alfred Adler y Carl Gustav Jung de la sociedad psicoanalítica de los miércoles. A pesar del respeto profundo por Freud y de “ser presidente de la Asociación Psicoanalítica Internacional en 1910” (Oberst et al., 2004, p. 32), Adler no estuvo de acuerdo con varios de sus conceptos. Por ejemplo: mientras que para Freud la libido era autoerótica y estaba orientada hacia sí mismo, en Adler “la necesidad afectiva del niño se convierte entonces [...] en la clave de la educación y de la cultura: el impulso del niño se debe satisfacer con provecho para la integración del niño en la sociedad humana” (Oberst et al., 2004, p. 33).

Esta situación es el inicio de una serie de rupturas con el pensamiento de su creador, lo cual ha generado disensos entre las teorías derivadas de este y la primacía de multiplicidad y diversidad de orientaciones teóricas, es así como

[...] en los años treinta el psicoanálisis sufre una división tripartita: un grupo asumió las teorías psicoanalíticas tal como Freud las enunció sin ningún cambio. otro grupo siguió a Melanie Klein, quien desarrolla, con base en Freud, la teoría de las relaciones objetales; y un tercer grupo se adhirió a la psicología del yo de Hartmann (Vanegas Osorio, 2011, p. 2).

En la misma vía, para tratar de entender la proliferación de teorías y las diferencias entre una concepción teórica y otra, en las escuelas derivadas de la postura freudiana, Correa Uribe (s. f.) afirma que esto:

No es otra cosa que el precio que se paga por la ampliación del espectro de pacientes accesibles al método psicoanalítico y al cambio de ideología psicoanalítica desde una perspectiva psicopatológica hacia un trabajo de mayor profundización en la estructura de la personalidad (p. 14).

También Bion, citado por Bleichmar y Leiberman de Bleichmar (1997), nombra este hecho como la metáfora de la torre de Babel, lo cual obliga a los profesionales interesados en este campo teórico a reconocer las particularidades de cada corriente, “dado el caos de lenguajes teóricos y clínicos” (1997, p. 28) usados, y esto además exige de los psicólogos ser políglotas y conocer los diferentes lenguajes que conforman cada una de esas orientaciones teóricas, “ya que el mismo hecho es designado de manera distinta” (1997, p. 29). Holding es el término que usó Winnicott para nombrar la labor del terapeuta en el

sostenimiento de la ansiedad del paciente, mientras que Bion lo designó continente, esto para ilustrar lo mencionado.

Tal diversidad de constructos teóricos debería, más que generar preocupación, ser fuente de riqueza dada la complejidad de la condición humana y la obligación ética de no ser reduccionistas, pues si bien una teoría no permite explicar un hecho, quizás otra lo posibilite; es decir, mientras más amplia sea la caja de herramientas que el psicólogo posea, mayores serán las posibilidades de comprender las diversas manifestaciones de lo humano y responder a dichos malestares con propuestas holísticas y ricas en su intervención.

Actividad N.º 2.

El psicoanálisis después de Freud.

Lea el siguiente texto:

Bleichmar, N. M. & Leiberman de Bleichmar, C. (1997). *El psicoanálisis después de Freud*. Paidós. (pp. 27-40).

Después de la lectura del texto, responda las siguientes preguntas:

1. ¿Cuáles son los 3 destinos que sufrieron las ideas de Freud?
2. ¿En qué consiste la metáfora de la torre de Babel? Consulte en fuentes externas al texto en qué consiste la torre de babel y explique por qué se hace alusión a ella en ese contexto.
3. ¿Por qué no debe ser motivo de preocupación la proliferación de teorías?
4. ¿Cuáles son los grandes problemas de los cuales el psicoanálisis se ocupó para entender el psiquismo humano?
5. ¿En qué consiste el problema de las hipótesis genéticas?
6. ¿Cuáles son los factores que permiten la adhesión a una u otra teoría?
7. ¿Cuál es la división que adopta la teoría postfreudiana?

1.3. Matriz relacional y la psicología dinámica

El cambio de paradigma para explicar la construcción de la vida psíquica y de la identidad no desde el modelo pulsional freudiano sino desde lo relacional “punto de vista diferente según el cual las relaciones con los demás y no las pulsiones, son la materia prima de la vida mental” (Mitchell, 1993, p. 13) deja atrás la idea de una mente aislada monádica, y asume esta como construcción social, en cuyo proceso la madre o figura cuidadora tiene un papel relevante; en esta nueva mirada se incluyen “modelos de transacciones y estructuras internas derivadas de un campo interactivo e interpersonal” (Mitchell, 1993, p. 29).

Ese campo de interacción interpersonal está presente en la psicología dinámica en el vínculo de la madre y el bebé, en la interacción y el cuidado que ella prodiga al recién nacido, sin el cual el infante no podría sobrevivir, pues es vital para la configuración de su identidad. Al respecto, cada autor tiene su propia mirada sobre el hecho; por ejemplo, Rene Spitz trabaja la constitución del objeto libidinal, Margaret Mahler el proceso de separación e individuación, Winnicott la teoría de la transicionalidad, Melanie la teoría de las posiciones y las relaciones objetales, teorías que se trabajarán a continuación.

Actividad N.º 3.

La matriz relacional y la psicología dinámica.

Lea el siguiente texto:

Bedoya Hernández, M. H. La noción de matriz relacional y sus implicaciones para el ejercicio clínico de la psicología dinámica. *Psicología desde el Caribe*, 29(3), 686-706.

Después de la lectura del texto de Bedoya Hernández, realice lo siguiente:

1. Enuncie los autores y conceptos que ayudan a la construcción de la noción de psicología dinámica.
2. Explique en qué consiste la matriz relacional.

Unidad N.º 2.

Teorías postfreudianas

Como se ha afirmado en este escrito, se parte de considerar que el bebé no se estructura psicológicamente de acuerdo con la satisfacción de la pulsión (según la postura freudiana), sino en función del encuentro y la relación con otro. En este sentido, “en lugar de pensar la evolución del sujeto según los reordenamientos sucesivos de la relación pulsional y sexual con el objeto, en adelante se tratará de demostrar cómo se organiza estructuralmente [...] según los tipos de relación objetal” (Roudinesco & Plon 1998, p. 761). Siendo así, los primeros vínculos con los objetos o la madre cuidadora o quien asuma dicha función, se tornan fundamentales en el devenir de la construcción de la identidad y el hacerse humano, ya que el bebé la necesita por su fragilidad, indefensión e inmadurez; pues es la cría más lenta de las especies vivas para madurar y llegar a la adultez. Consecuente con dicho propósito, requiere condiciones particulares que potencien y ayuden a su configuración; en esa medida, el entorno o el ambiente facilitador —según Winnicott— cumplen ese papel.

Ese periodo entre ser cachorro humano, depender totalmente de otro y conquistar la autonomía propia, o si se quiere de la infancia a la adultez, de la dependencia a la independencia, es pensado y explicado de muy diversas formas por autores que comparten la premisa de la estructuración psíquica y construcción de la identidad en función de la relación con la madre o en su defecto con quien cumple dicha función, dadas las transformaciones sociales y culturales vividas al interior de las familias. ¿Cuáles son esas teorías?, ¿qué explican sus postulados principales y desde qué lugar lo hacen?, ¿quiénes son sus autores?, ¿cuál es la relación y la diferencia con las teorías freudianas? son apenas algunos de los interrogantes que atraviesan el desarrollo que se dará a continuación.

2.1. La Psicología del Yo: Heinz Hartmann

Como se ha afirmado en este escrito, la psicología dinámica no tiene ni un precursor ni una fecha específica de surgimiento, es el resultado del desarrollo de diversas ideas psicoanalíticas postuladas por su fundador Sigmund Freud, posteriormente retomadas y renovadas por otros autores, lo que a su vez permitió el surgimiento de distintas escuelas y posturas para

explicar el desarrollo psíquico. Una de estas es la psicología del yo, creada por Heinz Hartman, quien “nació en Viena en 1894 y murió en Nueva York el día 17 de mayo de 1970” (Medina Eguía, 1997, p. 18). Llega a EE. UU., luego de un largo periplo de inmigración por Europa, a raíz de la persecución nazi a los judíos. El origen de sus ideas reside en la obra freudiana y en los postulados formulados por su hija Anna Freud en el texto *El yo y los mecanismos de defensa*, texto avalado por su padre, en el cual ella afirma que los mecanismos de defensa no solo se dan en situaciones patológicas sino también en situaciones cotidianas, por ejemplo, en el juego cuando el niño es por momentos diversos personajes y luego solo es él (Freud, 1961).

La segunda tópica o teoría estructural, formulada por Freud, es uno de los aportes de los cuales se sirve la psicología dinámica para su configuración. Heinz Hartmann retoma las elaboraciones que hace dicho autor sobre el yo y crea la corriente de la psicología del yo. *El yo y el problema de la adaptación* es la obra en la que Hartmann consigna los principios de su sistema teórico. La obra fue publicada en Viena en 1937, y en la década del 60 en EE. UU logra consagrarse como el texto base que la fundamenta. Hartmann aspira que el psicoanálisis pueda aclarar los procesos psicológicos superiores que antes eran explicados por la psicología académica, postula que el origen del yo es distinto al propuesto por Freud; para este su origen se relaciona con una fracción del *ello* modificada por la realidad, es decir, no hay algo como *yo* al nacer, ni un esbozo rudimentario, sino que al nacer solo hay *ello*; para Hartman hay una matriz indiferenciada donde hay impulsos del *ello* y funciones del *yo*, y más tarde por la influencia del medio ambiente y otros factores se diferencian uno del otro; desde esta perspectiva, el desarrollo del yo y sus funciones está en correlación con la maduración y el desarrollo. Consecuentemente, “el bebé recién nacido no es totalmente una criatura de impulsos; posee aparatos innatos [...] que realizan adecuadamente una parte de las funciones que, después de la diferenciación entre yo y ello, le atribuimos al yo” (Hartmann, 1987, p. 71).

Adicionalmente, Hartmann conceptualiza respecto al yo *la esfera sin conflictos* y la define como aquel “conjunto de funciones que en cualquier momento dado ejerce sus efectos fuera de la región de los conflictos mentales” (Hartmann, 1987, p. 24). Dicha área estaría relacionada con procesos biológicos propios de la especie humana como memoria, percepción, lenguaje, motricidad, entre otras, y estas apoyarán posteriormente el funcionamiento de los mecanismos de defensa.

Dicho autor también aspiraba a que el psicoanálisis fuera reconocido en EE.UU, para establecer diálogos con los científicos de la época sobre dichos postulados, pues las teorías psicoanalíticas no eran bien vistas por ellos. Hartmann propuso dejar de lado la noción de inconsciente, pues consideraba que lo desarrollado por Freud sobre esta instancia era suficiente; en esa medida, promulgaba que el estudio del yo era la prioridad y, consecuente con ello, se dedicó a su estudio, revisando y modificando las conceptualizaciones ya realizadas por Freud en obras como *El Yo y el Ello* (1923) y *Esquema del Psicoanálisis* (1938) correspondientes al periodo denominado la “psicología del yo” (Fine citado por Poch Bullich, 1989, p. 94). En esta última Freud postula aspectos relacionados con la segunda tópica y atribuye al yo caracteres tales como:

A consecuencia del vínculo preformado entre percepción sensorial y acción muscular, el yo dispone respecto de los movimientos voluntarios. Tiene la tarea de la autoconservación, y la cumple tomando hacia afuera noticia de los estímulos, almacenando experiencias sobre ellos (en la memoria), evitando estímulos hiperintensos (mediante la huida), enfrentando estímulos moderados (mediante la adaptación) y, por fin, aprendiendo a alterar el mundo exterior de una manera acorde a fines para su ventaja (actividad); y hacia adentro, hacia el ello, ganando imperio sobre las exigencias pulsionales (Freud, 1980, p. 144).

Esta nueva formulación freudiana deja al yo no solo siendo integrante de una estructura sino también con funciones propias, las cuales serán retomadas y capitalizadas por Hartmann en su sistema teórico, ampliando su rango de acción en función del proceso de adaptación; con posterioridad a los desarrollos de Hartmann se crea una escala para examinar el nivel de desarrollo y funcionamiento clínicamente, identificando desde la función del yo en su expresión más perturbada hasta su manifestación más normal y elaborada, lo cual indica aspectos a trabajar clínicamente.

González de Rivera y De las Cuevas (1992), en esta nueva perspectiva, plantean doce funciones del yo:

1. Contacto con la realidad.
2. Juicio crítico.
3. Sentido de la realidad del mundo y del sí mismo.
4. Regulación y control de pulsiones, afectos e impulsos.
5. Relaciones objetales o interpersonales.
6. Procesos cognitivos.
7. Regresión adaptativa.
8. Mecanismos de defensa.
9. Filtro de estímulos.
10. Funcionamiento sintético-integrativo.
11. Funcionamiento autónomo.
12. Competencia y dominio (1992, pp. 3-4).

Cada una de estas funciones tiene determinado número de componentes que van desde el nivel más rudimentario o patológico al más elaborado, lo cual permite evaluar cada función y acorde con ello trazar rutas de trabajo terapéutico para contribuir a su desarrollo y mejorar su funcionamiento.

La psicología del yo abre nuevas perspectivas frente a la comprensión del funcionamiento del yo, pues Freud enuncia varios de estos aspectos pero es Hartmann quien logra darles un viraje significativo, tanto que junto con la teoría de las relaciones objetales y la teoría lacaniana constituye una de las tres orientaciones más representativas después de los desarrollos realizados por Freud y tiene influencias en el abordaje clínico.

Actividad N. 4.

Psicología del yo.

Lea el siguiente texto:

Bleichmar, N. M. & Leiberman de Bleichmar, C. (1997). Hartmann y la psicología del yo propuesta de una psicología general. El yo función. Presentación. En *El psicoanálisis después de Freud: Teoría y Clínica* (pp. 41-70). Paidós.

Después de la lectura del texto referido, trabaje los siguientes enunciados:

1. ¿Cuáles son los seis postulados esenciales de la psicología del yo?
2. ¿Qué es el área sin conflicto del yo?
3. Enuncie las funciones autónomas del yo.
4. ¿Cómo define Hartmann la adaptación y por qué esta es importante para el ser humano?
5. Explique la diferencia que establece Hartmann entre pulsión e instinto.
6. ¿En qué consisten los desarrollos técnicos que se derivan de la psicología del yo?

2.2. Introducción a la escuela inglesa de psicoanálisis: Melanie Klein, objetos buenos y malos

Los cambios devenidos en la teoría freudiana dan lugar a diversas lecturas de la conformación de la identidad humana; pensar esta estructuración desde la pulsión en busca de satisfacción es un paradigma que la escuela inglesa deja atrás para concebir el desarrollo

y la estructuración psíquica en función de la relación inicial que establece el bebé con los objetos; acorde a ello “el psiquismo se forma a través de estas relaciones de objeto tempranas, primero con la madre y luego con el padre” (Bleichmar & Leiberman de Bleichmar, 1997, p. 110).

Melanie Klein fue una figura polémica por las constantes discusiones y los enfrentamientos teóricos con Anna Freud a raíz de las divergencias conceptuales respecto a la orientación del trabajo clínico con niños; así mismo, fue un personaje prolijo en el movimiento psicoanalítico cuyo eje de estudio fueron las relaciones objetales; “nació el 30 de marzo de 1882, en Viena, donde vivió hasta los 27 años. Su padre, Moriz Reizal, provenía de una familia judía ortodoxa de la ciudad de Lvov, Galitzia, Imperio austrohúngaro” (Niño, 2010, p. 52). Su madre Libusa Deutsch, con quien sostuvo una relación bastante conflictiva, “tenía veinticuatro años menos que su marido, del que tuvo cuatro hijos, Emile (que murió con veinticinco años, agotado por el alcohol, la droga y la pobreza), Emanuel, Sidonie (que falleció con ocho años de tuberculosis) y Melanie” (Sánchez-Barranco Ruiz & Vallejo Orellana, 2004, p. 119).

La pérdida de sus hermanos, en especial la de Sidonie, y la del padre marcaron su vida, al igual que la difícil situación en su matrimonio, lo que contribuyó al surgimiento de su depresión, y la condujo al encuentro con el psicoanálisis: “Su acercamiento al psicoanálisis fue por razones terapéuticas personales, dado que aquejaba intensas y prolongadas depresiones, teniendo incluso que ser ingresada en diversas casas de salud por este motivo” (Sánchez-Barranco Ruiz & Vallejo Orellana, 2004, p.119). Intentó estudiar medicina, pero no le fue posible por razones económicas a raíz de la pérdida de su padre, lo cual la impulsó a un matrimonio temprano con Arthur Klein.

Desarrolló su trabajo en Londres (Bleichmar & Leiberman de Bleichmar, 1997) y este se expandió a países latinoamericanos y europeos; es una de las figuras más destacadas del psicoanálisis contemporáneo; su obra es rica en concepciones nuevas, lo que introduce variaciones significativas a los postulados creados por Freud, los cuales se originan en el trabajo clínico con niños muy pequeños y especialmente perturbados; de este trabajo con menores se derivan sus teorías en la que intenta explicar la sesión clínica, lo que ocurre allí entre paciente y terapeuta (Bleichmar & Leiberman de Bleichmar, 1997).

Melanie Klein, una de las integrantes más representativa de la escuela inglesa, parte del concepto de fantasía inconsciente, y a ella le atribuye mayor organización que la asignada

por Freud, dando cuenta de un pensamiento arcaico soportado “en la interpretación subjetiva de los diferentes impulsos” (Del Valle Echegaray, 1997, p. 101) sentidos por el infante y relacionados con el objeto.

En la concepción kleiniana, las fantasías inconscientes están activas y presentes en todo individuo y no indican enfermedad ni ausencia de la realidad (Segal, 1977), es decir, desde esta perspectiva, la fantasía hace parte de la vida psíquica normal, y la salud mental estaría determinada por la naturaleza o el contenido mismo de las fantasías inconscientes y su relación con la realidad; por ejemplo, en caso de predominar la fantasía interna sobre la externa, podría haber una mayor afectación psíquica, pues el sujeto no confronta su realidad interna con la externa, es el caso concreto de patologías graves como la psicosis, en la que la fantasía inconsciente en contenidos como alucinaciones y delirios es mayor que la realidad.

Para Klein, citada por Segal (1977), “la fantasía inconsciente es la expresión mental de los instintos y, por consiguiente, existe como éstos desde el comienzo de la vida” (p. 20). En esa medida, la fantasía es la que posibilita la expresión de aquello pulsional que el recién nacido vive. Los instintos son buscadores de objetos y en la vida psíquica mental a cada uno le corresponde una fantasía pertinente, así al deseo de comer le corresponde algo comestible, a la agresión un objeto para ser agredido, o en su defecto devorado. En la teoría kleiniana, es gracias a la fantasía inconsciente, como expresión de la vida mental, que el infante tiene una vida psíquica rica de experiencias.

Entre los copiosos aportes kleinianos se encuentra la introducción del uso del juego con los niños en el trabajo clínico, para acceder fácilmente al material ofrecido con su ayuda en la labor terapéutica dada la ausencia de un lenguaje tal como el que dispone el adulto; asimismo, para ella, el juego conserva la estructura de la asociación libre, y en esa medida “consideró que los elementos del juego eran equivalentes a las asociaciones libres de los pacientes adultos” (Cusien, 1997, p. 32).

Otro aporte relevante de su obra se vincula con las llamadas posiciones, haciendo alusión con estas a la manera como el yo se siente con los objetos en la realidad y en la fantasía, y estableciendo una clara diferencia con las fases del desarrollo psicosexual teorizado por Freud como organizadoras de la vida psíquica. Elige el término *posición*, porque la sensación del objeto como bueno o malo, gratificante o frustrante puede aparecer en otros momentos de la existencia diferentes a la infancia, “pues ninguna experiencia del desarrollo humano se borra o desaparece jamás” (Segal, 1977, p. 39). En ese orden de

ideas, la edad, no importa cuál sea, no es impedimento si el otro complace para concebirlo como bondadoso u amoroso; así mismo, como odiado si no lo hace, lo cual muestra la forma en que la relación con los otros está atravesada por una alta dosis de subjetividad o una visión particular construida.

Estas posiciones son primero la esquizoparanoide y luego la depresiva. La esquizoparanoide, que ubica entre el cero y el cuarto mes de vida, se caracteriza porque prima la escisión y la proyección como mecanismos de defensa, generando la división de los objetos en buenos y malos, lo cual le permite al bebé en su fantasía tener dos mamás: una buena y otra mala, una que satisface y otra que frustra. Estos objetos son catalogados en la fantasía del menor no solo por el predominio pulsional experimentado en el momento, amor u odio, sino también por el tipo y calidad de experiencia sostenida con el objeto externo.

Para el bebé tiene peso no solo su sentimiento de amor y odio hacia el objeto, como la expresión de la pulsión en las relaciones con el mismo, sino también la condición que le puede dar la experiencia externa, ya sea de gratificación o frustración; es decir, en la realidad psíquica del menor se articula en la relación con el objeto la parte pulsional pero también la realidad externa, por tanto, Klein establece “una relación dinámica entre las experiencias internas y externas, que se producen a través de los mecanismos de proyección e introyección” (Bleichmar & Leiberman de Bleichmar, 1997, p. 113).

Para Klein, citada por Segal (1977), la salida de la posición esquizoparanoide se da cuando prevalecen las experiencias de gratificación sobre las de frustración, esto es “que las experiencias buenas predominen sobre las malas” (p. 41). Es decir, cuando el menor encuentra un mundo menos amenazante que le permite un encuentro más satisfactorio con los objetos en la realidad, lo cual se da gracias al avance en el desarrollo que lo conduce a la posición depresiva, en la cual la integración del objeto se acrecienta, teniendo ya una sola madre, la cual a veces lo frustra o lo satisface.

La segunda posición la denominó depresiva. Aunque en el proceso de creación teorizó inicialmente la depresiva y luego la posición esquizoparanoide, cabe aclarar que en la realidad el desarrollo se da a la inversa. Esta se inicia en el cuarto mes de vida y va hasta el octavo; el mecanismo de defensa predominante es la introyección, lo que permite unificar y percibir la realidad externa integrada, como una sola; en esa medida, ya no tiene dos mamás: una buena y otra mala, sino que es la misma madre quien le prodiga en distintos momentos tanto experiencias de satisfacción como de frustración, a la cual ama y odia, en esa medida.

El bebé empieza a integrar los objetos como totales [...]. Percibe ya a la madre como una persona total y real, y así sintetiza los aspectos disociados de los primitivos objetos. Ahora siente que ama y odia al mismo tiempo el mismo objeto —ambivalencia— y la ansiedad predominante es la depresiva, es decir, el miedo a perder sus objetos amados por sus propios ataques sádicos y los de sus objetos persecutorios (Del Valle Echegaray, 1997, p. 117).

Otro aporte de Klein es el superyó temprano, que en este caso no se estructura por el paso del Edipo tal como en la teoría freudiana, sino por la interiorización del objeto materno y paterno respecto a las normas y mandatos que ellos introducen en el proceso de crianza. Es así como las normas y prohibiciones, que los padres establecen, el menor las hace suyas como parte de los cánones por los cuales se debe regir para actuar. También son aportes significativos el Edipo temprano, la perspectiva sobre la sexualidad femenina, la presencia del yo temprano, aunque frágil y desorganizado, con tres funciones específicas como son sentir ansiedad por la polaridad de las pulsiones, usar primitivos mecanismos de defensa como la proyección y la introyección, y establecer relaciones objetales primitivas tanto en la fantasía como en la realidad (Segal, 1977).

Actividad N.º 5.

Melanie Klein y la teoría de las relaciones objetales.

Ver el siguiente video:

Instituto Colombiano del Sistema Nervioso (Productor). (2013, 1 de febrero). *Una perspectiva del pensamiento de Melanie Klein. Dr. Bernardo Álvarez* [video]. Youtube. Jor Acad. <https://www.youtube.com/watch?v=qMmxXpY5uj0>

Después de ver el video desarrolle los siguientes aspectos:

1. Consigne los datos biográficos más significativos de Melanie Klein.
2. Enuncie los periodos en los cuales se divide la obra de Melanie Klein y qué caracteriza cada uno de los mismos.
3. Describa la atmósfera de la época correspondiente a los inicios de la obra de Melanie Klein.
4. Relacione quiénes fueron los primeros pacientes de Melanie Klein y qué aprendizajes obtuvo de ellos.
5. Explique en qué consistía la técnica clínica inicial empleada por Melanie Klein y su evolución.

Ver el siguiente video:

Una perspectiva del pensamiento de Melanie Klein. Dr. Bernardo Alvarez. Part 2.
<https://www.youtube.com/watch?v=EcIOghrohyg>

6. Exponga cómo construyó Melanie Klein su teoría de las posiciones.
7. Explique cómo se presenta el conflicto en la posición depresiva y en la posición esquizoparanoide.
8. ¿Cuál es la edad aproximada en la que se inician la posición depresiva y la posición esquizoparanoide?
9. Mencione algunos autores representativos que acogieron con buenos ojos la teoría kleiniana sobre la posición depresiva.
10. ¿Cuándo comienza el Edipo en Melanie Klein y qué diferencia el superyó kleiniano del freudiano?
11. Explique las razones por las cuales Melanie Klein eligió el concepto de posición y no de fase u otro concepto ligado al desarrollo.

2.3. D. Winnicott: teoría de la transicionalidad y desarrollo temprano

Donald Winnicott fue un médico, pediatra y psicoanalista inglés, perteneciente al grupo denominado independiente. Nació en 1896, en el condado de Devon del pueblo de Plymouth, localidad alejada de Londres “tanto por la distancia como por sus costumbres” (Rubinstein, 1997, p. 174), fue el menor y único hijo hombre entre dos hermanas, su familia tuvo una posición económica y social boyante, creció en un ambiente familiar tranquilo, amoroso y rodeado de mujeres que cuidaban de él, aspecto que lo llevó a considerarse un niño feliz. Estudió medicina y se especializó en pediatría en 1920. Tuvo dos matrimonios, el primero con Alice Taylor y el segundo con Claire Britton, “trabajadora social especializada en psiquiatría” (Rubinstein, 1997, p. 176) a quien conoció durante la Segunda Guerra Mundial en su labor como consultor psiquiátrico de las fuerzas armadas. El desarrollo de su obra estuvo influenciado por el pensamiento kleiniano, freudiano y darwiniano.

Dada la predominancia del grupo kleiniano, sus ideas y sus seguidores, al igual que la de los anafreudianos, quienes mantenían una disputa entre ellos por los principios teóricos

y técnicos que orientaban el trabajo clínico con menores, Winnicott decidió apartarse de esa polémica y mostró su autonomía teórica, al conformar un grupo separado de los dos anteriores, que se denominó grupo de los independientes.

Entre los aportes dados por Winnicott en el pensamiento postfreudiano, se encuentra su teoría de la transicionalidad, la cual inicia no precisamente como teoría, sino como observación del uso que hacen los bebés de los objetos, empezando por su propio cuerpo, en esa medida Winnicott (2002) advierte

[...] una amplia variación en la secuencia de hechos que empieza con las primeras actividades de introducción del puño en la boca por el recién nacido, y que a la larga lleva al apego a un osito, una muñeca o un juguete, blando o duro (p. 18).

El autor afirma que en dicha situación se pueden observar aspectos de gran importancia tales como la condición del objeto, su reconocimiento como una parte esencial del “no-yo”, la concepción del objeto como algo externo al niño, con el cual tiene una relación particular de afecto que le permite idear e imaginar; así mismo, le atribuye características de movilidad y le da un nombre, siendo la primera posesión no-yo que Winnicott nombró como objeto transicional y que, junto al espacio transicional y a los fenómenos transicionales, hace parte de su teoría de la transicionalidad.

Winnicott enuncia que hasta entonces se había explicado la realidad psíquica en términos freudianos y kleinianos desde los conceptos de mundo interno, externo, fantasía, realidad, principio de placer, principio de realidad, proceso primario, proceso secundario, narcisismo, relaciones objetales, y respecto a esta concepción afirma que es necesario agregar “una zona intermedia de experiencia a la cual contribuyen la realidad interior y la vida exterior” (Winnicott, 2002, p. 19). Dicha zona que denominó espacio transicional, virtual o potencial “implica un espacio que se va generando en la medida en que va siendo ocupado” (Abadi, 1997, p. 92). Este aspecto se puede ejemplificar con los órganos huecos del organismo como la vejiga o el útero, pues mientras la vejiga no tiene líquido, sus paredes están replegadas y no hay espacio, pero a medida que el líquido ingresa comienza a abrirse el espacio, acorde al volumen del líquido; igual condición pasa con el útero materno con el crecimiento del feto, el cual se debe acomodar a su condición para que pueda vivir. Estas metáforas de los órganos huecos serán de gran utilidad para explicar la función de la madre como facilitadora o no del desarrollo del menor.

El espacio transicional se produce entre el bebé y la madre en la experiencia de separación y unión. Inicialmente, ambos están adosados el uno al otro como en el caso de los órganos huecos; la madre cubre las necesidades del bebé dada su indefensión e inmadurez

y a medida que el bebé las puede ir cubriendo por los logros obtenidos en su desarrollo, la madre suficientemente buena, al reconocer esta situación, se aparta progresivamente; “poco a poco, en la medida en que el bebé crece, y la madre deja de aportar la totalidad de lo que el necesita, se va produciendo un espacio entre ambos” (Abadi, 1997, p. 92).

Para el desarrollo del menor es fundamental la plasticidad de la madre al realizar su función, pues ello contribuye a la presencia o ausencia de dificultades en él, si ella está muy presente y cuida en exceso al infante inhibe la posibilidad de experimentar y este se sentirá asfixiado, y, caso contrario, surgirán en él sentimientos de inseguridad y frustración. Puede que el:

“Continente materno” sea poco elástico. Sucederá que el bebé no se va a poder desarrollar. Cuando intenta su expansión, la madre no se retrae lo suficiente como para que el niño comience a experimentar, y el desarrollo queda ahogado. En este caso hablamos de intrusión [...]. El otro riesgo es que el sostenimiento materno sea excesivamente holgado para los procesos mentales del niño, que quedará “colgado”, sin soporte, como en un espacio ingravido. En este caso hablamos de abandono (Abadi, 1997, p. 93).

Acorde con lo anterior, es tan perjudicial para el menor la presencia excesiva de la madre como su ausencia misma, de ahí la importancia de que cada madre conozca las posibilidades y limitaciones de su bebé, su deseo o no de ser madre, la manera como asume su función y las implicaciones que de ello se derivan; adicionalmente, es fundamental estar segura de su papel, reconocer sus niveles de ansiedad, el manejo que de esta hace y también, por qué no decirlo, tener unos conocimientos por lo menos básicos de lo que es un niño, su proceso de desarrollo, sus necesidades y los cuidados que requiere, para minimizar los riesgos de padecimiento y enfermedad mental.

Como se dijo en párrafos anteriores, el bebé pasa del uso de partes de su cuerpo al uso de objetos externos, “es una secuencia que relaciona la costumbre de los bebés de chuparse el pulgar con la posterior afición a determinados objetos” (Rubinstein, 1997, p. 185). Y, entre esos objetos que lo rodean, elige uno que cumple la función de objeto transicional; consecuentemente, este se elige y no se impone. Según Winnicott (2002), tiene cualidades especiales tales como: ser algo concreto, tangible pero suave y cálido, debe permanecer en el tiempo, tener continuidad y no ser sustituido, es acunado con afecto, pero también es desmembrado. En esa medida, el objeto debe sobrevivir tanto al amor como al odio; además, el bebé le atribuye movilidad y vida propia, le pone nombre y los adultos aceptan su valor, tanto que si van de paseo lo incluyen; no pertenece al exterior pero tampoco al interior, el bebé reconoce que está impregnado de subjetividad, pero no es una alucinación, no hay

duelo por él sino que va siendo relegado gradualmente; en esa medida, “no se lo olvida ni se lo llora. Pierde significación” (Winnicott, 2002, p.22). Pues el bebé, a medida que avanza en su desarrollo, se interesa por otras realidades y transita hacia otras experiencias. Al respecto, el autor afirma que esto se explica:

Porque los fenómenos transicionales se han vuelto difusos, se han extendido a todo el territorio intermedio entre “la realidad psíquica interna” y “el mundo exterior tal como lo perciben dos personas en común”, es decir, a todo el campo cultural (Winnicott, 2002, p. 22).

La difusión que menciona Winnicott de los fenómenos transicionales se refiere a los usos que el bebé les da a objetos que no hacen parte de su propio cuerpo y las circunstancias en las cuales los emplea, a la amplia gama de posibilidades que el bebé tiene para experimentar con los objetos; esto se extiende igualmente a la vida de los adultos con los objetos que le son propios; el bebé aprende a utilizar recursos como las canciones, los espacios y los diferentes elementos que van apareciendo en la cultura para sobrellevar la existencia, tales como el juego, la lectura, los amigos, el arte, entre otros. Entonces:

El parloteo del bebé y la manera en que un niño mayor repite un repertorio de canciones y melodías mientras se prepara para dormir se ubican [...] como fenómenos transicionales, junto con el uso que se hace de objetos que no forman parte del cuerpo del niño, aunque todavía no se los reconozca del todo como pertenecientes a la realidad exterior (Winnicott, 2002, p. 18).

Tabla 1.

Desarrollo infantil temprano y función materna

Función materna	Resultado niño	Patología
<p> Holding: es el sostenimiento emocional del niño en todo momento y en todos los estados por los que pueda atravesar su afectividad y su impulsividad; es la identificación que hace la madre de las necesidades básicas del bebé en ese estado de dependencia absoluta, donde no diferencia entre yo y no yo, en que finalmente, el niño depende sin saber que depende.</p> <p>Una clara imagen es la forma como la madre toma en sus brazos al bebé, asociándola con la capacidad de ella para identificarse con él.</p>	<p> Integración: el self se unifica, se integra. Puede identificar dos estados diferenciados en él: dormido y despierto, tener conciencia de sí, reconocer entre la realidad interna y la realidad externa. También le permite al niño subjetivarse y decir yo soy.</p>	<p> Ansiedades psicóticas: tales como “sensación de desintegrarse, [...] de caer interminablemente, el sentimiento de que la realidad externa no puede usarse como reaseguración” (Winnicott, 2014, p. 33).</p> <p>Otra dificultad es la integración excesiva, la rigidez defensiva, el autosostenimiento que hace el menor de sí en ausencia del materno, la sobreadaptación, similar a la estructura obsesiva y el falso self.</p>

Función materna	Resultado niño	Patología
<p>Handling: es la asistencia corporal que hace la madre a las necesidades reales del bebé, relacionadas con el cuerpo, tales como cargarlo, asearlo, bañarlo; igualmente, la valoración del cuerpo del niño en las diferentes situaciones que comparte con él, mostrándole con sus acciones que el bebé importa para ella, que es un objeto total para la madre y que lo asume no solo corporalmente, sino emocionalmente.</p>	<p>Personalización: implica reconocer la diferencia yo–no yo; es decir, qué sí hace parte de uno mismo y qué no. Se refiere a la conformación del esquema corporal del infante, donde se integra la psique con el soma. Es habitarse a sí mismo, sentirse una unidad tanto psicológica —holding— como corporal, es la unificación del componente biológico y psicológico en el niño. Es la diferenciación que hace el menor entre lo que es real e irreal. Habita su propio cuerpo incluyendo lo pulsional, por tanto, reconociendo su agresión.</p>	<p>Trastornos de la motricidad y enfermedades psicósomáticas.</p>
<p>Presentación de los objetos: se refiere al uso de estos, a la familiaridad con las cosas externas.</p>	<p>Capacidad para la transicionalidad, sustitución, creación. Uso de los objetos o relación de objetos, capacidad para relacionarse con los objetos de la realidad. Uso y cuidado de estos. Conocer y reconocerse.</p>	<p>Uso fetichizado de los objetos o uso compulsivo de los mismos.</p>

Fuente: elaboración propia.

Continuando con la descripción del objeto transicional, este es considerado el precursor de lo simbólico ya que representa el objeto de la relación y ayuda a elaborar la ausencia de la madre, pues el osito o la frazada retienen su imagen y protegen al niño de su pérdida mientras dura su ausencia; el bebé los toma como soporte, por tanto, su aparición se relaciona con los ritmos y tiempos de presencia y ausencia del vínculo madre-bebé. Con el uso del “simbolismo el niño ya distingue con claridad entre la fantasía y los hechos, entre los objetos internos y los externos, entre la creatividad primaria y la percepción” (Winnicott, 2002, p. 23). El objeto transicional sirve para elaborar la angustia por la ausencia del objeto, pero de no ser así, es decir negarla, se estaría en el terreno de patologías como las adicciones, la fetichización, las mentiras, los robos, el talismán de los rituales obsesivos (Winnicott, 2002).

La capacidad o no para la transicionalidad, el ir de una experiencia a otra, dejando atrás lo vivido, pero con la solidez de lo aprendido y logrado, para Winnicott sienta sus raíces en la ilusión, impresión necesaria para tolerar la realidad. De este modo, “la vida necesita una atmósfera protectora de no saber, de ilusión, de sueños, en la que entreteja para poder

vivir” (Safranski, 2001, p. 88). Ilusión que, en el caso del bebé, está soportada en la devoción de la madre al realizar su función, pues ella da apoyo yoyo y

[...] lleva a cabo la adaptación activa a las necesidades de éste y que la disminuye poco a poco, según la creciente capacidad del niño para hacer frente al fracaso en materia de adaptación y para tolerar los resultados de la frustración (Winnicott, 2002, p. 27).

En esa medida, la madre ilusiona y ello le permite al bebé experimentar el sentimiento de omnipotencia mágica, el cual le facilita creer que él da origen a la realidad y la controla, esto le posibilita paulatinamente ir aceptando la realidad. En la cotidianidad, el niño llora y aparece una señora que dice ser su mamá, le calma todas sus necesidades y a raíz de esto el niño juzga que su pensamiento la hizo aparecer. Complementariamente, el bebé registra otros periodos en los que ella no está y aparece la desilusión, la cual afronta con el objeto transicional que “es símbolo de unión que permite aceptar la separación, que será a la vez re-unión con la madre” (Abadi, 1997, p. 85).

Además de elaborar la teoría de la transicionalidad, Winnicott teorizó sobre el desarrollo emocional del menor, el cual es el resultado de la interacción entre el potencial que este trae y el proceder facilitador del ambiente, es decir, la madre, sus sustitutos, la pareja parental, el entorno familiar y cultural. Consecuente con ello, asigna tres funciones básicas a la “madre suficientemente buena en las primeras etapas de la vida de su hijo”, (Winnicott, 2014, p. 33). Expresión referida a la madre que sabe leer las necesidades del bebé y se acomoda a ellas. Dichas funciones —holding, handling y presentación de los objetos— generan determinado resultado en el desarrollo del menor si son realizadas de manera adecuada, o de lo contrario se dará la patología, lo cual es signo de un fallo.

Actividad N.º 6.

El objeto transicional en la experiencia de vida.

Identifique en su experiencia de vida infantil, la presencia o no del objeto transicional, teniendo presente las características anteriormente descritas. Luego, desarrolle los siguientes aspectos, aclarando que, en caso de no haber tenido objeto transicional, deberá indagar el tema con familiares, compañeros de la clase o con amigos.

1. Describa cómo era su objeto transicional.
2. Explique la relación que tenía su familia con dicho objeto.
3. Enuncie el nombre asignado a tal objeto transicional.

4. Recuerde o indague hasta qué edad conservó dicho objeto.
5. Narre las circunstancias en que dejó atrás su objeto transicional y las nuevas experiencias que empezaron a hacer parte de su vida.
6. Describa los recuerdos que conserva de su objeto transicional y cómo cree que lo ayudó a llegar a ser el que es hoy.
7. Comente, de su entorno social o familiar, otras experiencias asociadas con el objeto transicional.
8. Revise algunas series de televisión como *Barnie*, *Lilo y Stich*, *Toy Story*, *Snoopy* y analice la presencia de objetos tales como la mantita y la cobijita, entre otros, y justifique si pudieran calificarse como objetos transicionales.

2.4. El modelo de desarrollo emocional de Margaret Mahler

Margaret Mahler, nacida en Hungría en 1897 y fallecida en Nueva York en 1985, emigró a Norteamérica en 1938 a raíz de la persecución nazi y allí realizó su obra. Fue médica pediatra y psicoanalista, su teoría sobre el desarrollo emocional es el resultado no solo de sus investigaciones, en las cuales le fue posible observar el desarrollo tanto normal como patológico, sino también de su trabajo en las diferentes clínicas donde atendió a menores con dificultades significativas en su desarrollo emocional; entre estas se encuentra el servicio infantil del Instituto Psiquiátrico del estado de Nueva York y la Universidad de Columbia (Bleichmar & Leiberman de Bleichmar, 1997). Combinó su formación médica pediátrica con el psicoanálisis y poco a poco redireccionó su quehacer hacia el psicoanálisis.

Su trabajo se inscribe en la teoría de las relaciones objetales y describe cómo llega el bebé a construir la identidad en el proceso de separación-individuación. Dicha construcción del self, según Mahler, es un proceso diferenciado del nacimiento biológico, ya que este es un hecho observable, mientras que el psicológico se refiere a una organización progresiva no visible que implica un proceso intrapsíquico denominado de separación individuación, el cual conlleva:

El establecimiento de un sentimiento de separación respecto de un mundo de realidad, y de una relación con él, particularmente con respecto a las experiencias el *propio cuerpo* y al principal representante del mundo tal como el infante lo experimenta, *el objeto primario de amor* (Mahler et al., 1977, p. 13).

En esa medida, una de las tareas indispensables para el bebé, en su camino de convertirse en adulto, es el desarrollo emocional y la construcción de una identidad propia; en ese orden de ideas, siguiendo la teoría de Mahler, armar el self no es tarea fácil, pues al comienzo de la vida, la fragilidad, la indefensión y la inmadurez del neonato hacen que se tenga un largo periodo de la vida en estado de dependencia de las figuras cuidadoras o de la madre, quien auxilia y cubre sus necesidades, las cuales debido a su prematurez no está en condiciones de satisfacer por sí mismo; esa figura cuidadora no solo lleva a cabo funciones indispensables para la subsistencia biológica y física, sino también para su desarrollo psicológico.

Consecuente con lo anterior, Mahler plantea que no es solo el nacimiento biológico el que es visible, observable e implica la expulsión del bebé del vientre materno, sino también el nacimiento psicológico como tal, el cual comporta construir una identidad separada de la de la madre; es decir, al bebé le implica vincularse a la madre, diferenciarse y después separarse para poder ser él. Para llevar a cabo dicha tarea, ella propone el proceso de separación-individuación, el cual está conformado por tres momentos que son: autismo normal, simbiosis normal y propiamente el proceso de separación-individuación que, a su vez, se compone de cuatro subfases: diferenciación, ejercitación locomotriz, acercamiento y logro de la constancia objetal y la consolidación de la identidad (ver figura 1).

Para llegar a esta teoría, Mahler realizó un largo estudio que le permitió observar el proceso de interacción de madres e hijos entre los 3 y 36 meses de edad. No partió de los hallazgos en adultos sino que observó directamente el proceso entre los hijos y sus madres, lo que la llevó a describir en términos de desarrollo los logros de cada fase. Este proceso investigativo el equipo de trabajo lo fundamentó en 4 postulados básicos (Bleichmar & Leiberman de Bleichmar, 1997), ellos son:

1. Al finalizar la simbiosis con la madre, la cual es una ruptura del cascarón; todos los niños en su proceso de desarrollo viven un periodo de separación-individuación.
2. La ansiedad de separación acompaña el proceso de separación-individuación. En algunos casos esta ansiedad es muy intensa y dificulta la integración del yo.
3. El desarrollo y la conservación del sentimiento de identidad tiene como requisito la separación-individuación.
4. En niños con afecciones de tipo psicótico, la madre no es usada como objeto real para desarrollar un sentimiento de separación de la realidad y de relación con él.

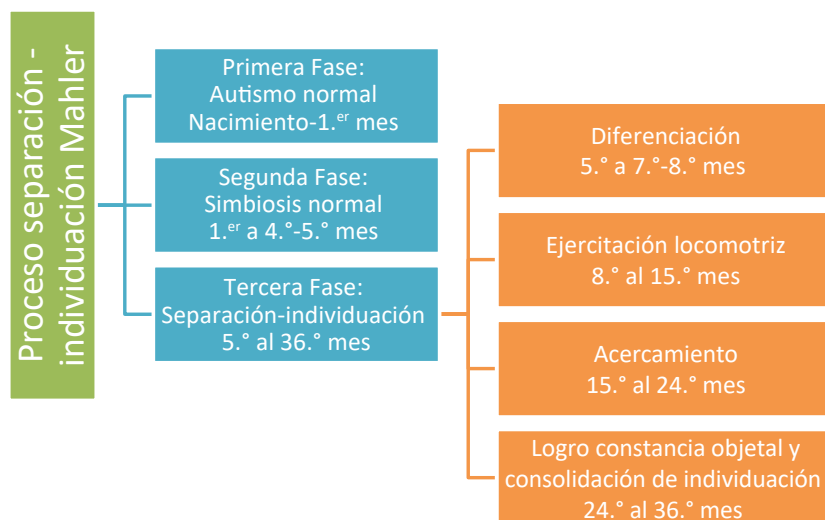


Figura 1. *Proceso separación-individuación Mahler*

Fuente: elaboración propia.

Al proceso de separación individuación lo antecede la fase de autismo normal, metáfora que usa la autora para señalar “que en este estadio el infante parece hallarse en una situación de desorientación alucinatoria primitiva, en la cual la satisfacción de necesidades parece pertenecer a su propia órbita ‘incondicionada’ omnipotente y autística” (Mahler et al., 1977, p. 54, citando a Ferenczi, 1913). En este periodo predominan los procesos biológicos, que permiten la conservación y desarrollo del menor, sobre los psicológicos; así mismo, la interacción del recién nacido con su entorno es reducida, está centrado en sí mismo, siendo escasa la relación con el objeto materno y el mundo externo; está en función de satisfacer sus necesidades para la conservación, a través de acciones como el pateo y el llanto; se podría decir siguiendo a Freud que está en un estado narcisista primario “marcado por la falta de conciencia [...] respecto de la existencia de un agente maternante” (Mahler et al., 1977, p. 54).

A partir del segundo mes de vida, el bebé pasa de la indiferencia a la conciencia del objeto que satisface las necesidades (Mahler et al., 1977). Iniciando la simbiosis normal, fase en la cual los estímulos del exterior empiezan a ser percibidos por el bebé y cobran importancia, iniciando por la madre a quien envuelve en “la órbita simbiótica de la unidad dual madre-hijo” (Mahler et al. 1977, p. 56). Lo dicho conlleva que el bebé no diferencie la representación de la madre de la de sí, y, por tanto, concibe que él y ella son uno solo, tanto en cuerpo como en emociones. En este sentido, se da un:

Estado de indiferenciación, de fusión con la madre, en que el “yo” no está tan diferenciado del “no yo” y en que lo interno y lo externo sólo están llegando en forma gradual a ser sentidos como diferentes” (Mahler et al., 1977, p. 57).

La simbiosis en esa medida es una metáfora que indica la dependencia total del niño respecto de su madre (Mahler et al., 1977) mientras que la de esta es relativa, ya que en su condición de adulta sus logros evolutivos le permiten una relación distinta con el mundo, en la cual ella se las arregla para satisfacer sus requerimientos independientemente del tipo que estos sean; en esa medida, no invoca al menor para remediar su hambre o incomodidad. Luego de esta fase se da la de separación-individuación que conduce al logro de la constancia objetal y a la construcción de la identidad diferenciada de su madre. La descripción anterior corresponde al resultado del desarrollo normal, aunque no sucede igual en todos los casos, ya que Mahler descubre dos patologías en las cuales el infante no logra el desarrollo que culmina en la separación-individuación y la construcción de la identidad, ellos son el autismo y la simbiosis, ambas psicosis.

Respecto al autismo, los hallazgos de Leo Kanner en 1943 son el punto de partida para las elaboraciones de Mahler. Aunque se cree que el autismo es más antiguo, pues ya en la historia se habían registrado casos de este trastorno, tal como el de:

Fray Junípero Serra, quien ejemplifica muchos de los síntomas que se pueden observar en personas con autismo. De acuerdo con los relatos recogidos en el libro anónimo “*Las Florecillas de San Francisco*” (2), escrito en el siglo XVII, donde se relatan pequeñas historias de este santo, Fray Junípero no comprendía las claves sociales o el lenguaje pragmático, no detectaba la intencionalidad del comportamiento de los demás, no se adaptaba a las diferentes convenciones sociales y mostraba dificultades para comprender la comunicación no verbal (Artigas-Pallarès & Paula, 2012, p. 568).

Síntomas característicos del autismo que aun hoy continúan vigentes, y los cuales detalla Mahler, entre ellos la dificultad para establecer vínculos emocionales con otros seres humanos, a diferencia del que se establece con los objetos que le son significativos, ya que con estos se vincula más fácilmente; parte de este cortejo sintomático son las conductas estereotipadas en el juego, a veces la memoria prodigiosa, asociada con “la inhabilidad del niño psicótico de olvidar selectivamente” (Mahler & Furer, 1972, p. 109).

Otros síntomas asociados al autismo son: la incapacidad para usar las funciones yoicas auxiliares de la compañera simbiótica, la madre, para orientarse en el mundo, el otro no es percibido y cuando se lo percibe es visto como objeto, presenta una respuesta

fría emocionalmente, no usa el lenguaje para una comunicación funcional que le permita expresar sus sentimientos (Bleichmar & Leiberman de Bleichmar, 1997).

A diferencia del niño autista que no libidiniza el vínculo con la madre, el niño que padece psicosis simbiótica sí lo hace, pero no evoluciona a la etapa siguiente de separación-individuación, sino que se queda fijado en esta etapa y no rompe el vínculo simbiótico con la madre. Otros síntomas asociados con la psicosis simbiótica son:

1. La madre forma parte de una unidad con el infante.
2. Ambos forman un sistema omnipotente donde predomina la indiferenciación entre madre e hijo —folie a deux— es decir, locura de dos.
3. Hay una fusión alucinatoria o ilusoria, que hace que no sean dos individuos separados.
4. Los estímulos desagradables son proyectados por fuera de la unidad simbiótica madre-hijo.
5. La energía libidinal catectiza la unidad dual madre-hijo.
6. Es una regresión o fijación a la etapa de simbiosis normal, que comenzaron en el proceso de separación o individuación.
7. En el momento de la separación madre-hijo, por la presión maduracional, en los niños aquejados de psicosis simbiótica surge una intensa angustia que evidencia una vulnerabilidad sorprendente del yo ante cualquier frustración menor; en esa medida son maduros fisiológicamente pero su madurez emocional está retrasada respecto a las habilidades motrices y de ahí el origen del pánico.

Actividad N.º 7.

La propuesta de desarrollo de Margaret Mahler.

Lea el siguiente texto:

Bleichmar, N. M. & Leiberman de Bleichmar, C. (1997). El modelo de desarrollo propuesto por Margaret Mahler. En *El Psicoanálisis después de Freud* (pp. 347-374). Paidós.

Después de la lectura del texto, consigne en la siguiente tabla el nombre de cada una de las fases y subfases, el tiempo de duración y sus características más sobresalientes.

Tabla 2.

Modelo de desarrollo psíquico de Mahler

FASE	NOMBRE	DURACIÓN	CARACTERÍSTICAS

Fuente: elaboración propia.

Revise si en su experiencia de vida, conoce algunos casos de niños o personas que padecen de autismo o simbiosis y procure describir los síntomas que se observan en ellos; de no tener tales referentes, vea alguna película que trabaje dichas temáticas y sintetice los rasgos más frecuentes observados en sus personajes. Complementariamente, indague sobre instituciones que trabajen con estas dificultades del desarrollo y consulte sobre las actividades específicas que realizan con dicha población, además de las teorías que orientan su quehacer.

2.5. La teoría de las relaciones objetales en la obra de Otto Kernberg

Otto Kernberg, prestigioso profesor universitario, fue otro de los tantos psicoanalistas, víctimas de la persecución nazi, lo cual lo obligó a emigrar junto con su familia de Austria a Chile, país en el cual se radicó, estudió medicina e inició su formación como psicoanalista; posteriormente viajó a EE.UU a continuar sus estudios ayudado por la beca Rockefeller, lo cual le permitió estar:

Un año en la Universidad John Hopkins (Baltimore) donde se familiarizó con las técnicas de psicoterapia psicoanalítica para pacientes graves que habían elaborado Fromm-Reichmann y los autores de orientación interpersonal más influyentes de aquel momento: Jerome Frank, Otto Will y otros (Nos, 2011, p. 2).

Gracias a su longevidad, continúa ejerciendo su carrera como catedrático en dicho país. Su interés teórico se ha nutrido de muy diversas fuentes, entre ellas la kleiniana por la predominancia de esta en Chile y Argentina, así como también de la escuela de la psicología

del yo (Nos, 2011). Su vasta obra se ha enfocado en explicar el origen, los síntomas y el tratamiento de los trastornos de la personalidad a partir de la teoría de las relaciones objetales. Además, se ha preocupado por encontrar puntos comunes entre diferentes perspectivas teóricas, lo cual lo ha llevado a revisar la teoría general de sistemas y la dinámica de grupos (Bleichmar & Leiberman de Bleichmar, 1997).

Respecto a la orientación dada a los trastornos de personalidad, inicialmente se consideraba que el trastorno fronterizo, limítrofe o *borderline* no era una patología con una identidad propia, sino que transitaba de la neurosis a la psicosis y viceversa, pero los estudios de Otto Kernberg y otros autores han demostrado que este tipo de trastorno:

No es un estado transitorio que fluctúa entre la neurosis y la psicosis. Si bien los síntomas aparentes muchas veces pueden estar dentro de la esfera neurótica, los pacientes fronterizos desarrollan en momentos de tensión emocional intensa estados similares, aunque no idénticos, a la psicosis (Bleichmar & Leiberman de Bleichmar, 1997, p. 444).

Esta nueva concepción permite avanzar en propuestas terapéuticas dado que se tiene más claridad sobre su origen, la sintomatología presente y los mecanismos de defensa, los cuales son muy primitivos, siendo los responsables de la escisión y proyección como parte del cortejo sintomático de estos pacientes.

Entre los síntomas de esta patología están: ansiedad constante e inespecífica, múltiples fobias, comportamientos obsesivo-compulsivos y desórdenes caracterológicos de nivel inferior. El autor:

Describe un nivel alto, uno intermedio y otro bajo en el carácter, concebidos como un continuum y refiere los supuestos que le permitieron construir esta clasificación a la patología del yo y superyó, la patología de los objetos internalizados y la patología en el desarrollo de los derivados impulsivos agresivos y libidinales (Paz et al., 1976, p. 204).

Entre los aspectos presentes en el nivel bajo o inferior de la organización de la patología del carácter, Kernberg (1979) ubica un superyó poco integrado con un grado máximo de proyección. Igualmente, capacidad mínima de preocupación por el otro, así como de sentir culpa, lo cual genera en quienes la padecen comportamientos poco considerados y solidarios para con los otros. Las funciones del yo están afectadas en estos pacientes, entre ellas la función sintética del yo; adicionalmente, en vez de la represión aparece el mecanismo de defensa de la escisión, la cual “se pone de manifiesto en la alternancia de estados yoicos contradictorios y se ve reforzada por el uso que hace el paciente de la negación, la identificación proyectiva, la idealización primitiva, la devaluación y la omnipotencia” (Kernberg, 1979, p. 120).

Estas defensas primitivas se reflejan en comportamientos impulsivos de los pacientes aquejados de dicha patología.

Según Kernberg (1979), otros rasgos presentes en este nivel son: daño en la capacidad para integrar imágenes buenas y malas del sí mismo y del objeto, lo cual genera relaciones totalmente idealizadas, gratificantes o amenazadoras y frustrantes, impidiéndoles reconocer e integrar los aspectos tanto positivos como negativos de sus objetos; es decir, el paciente ve a los otros como totalmente buenos, bondadosos o, al contrario, amenazantes, malos, lo cual lo conduce a establecer relaciones con objetos parciales y no totales, dado que no es capaz de integrar ambos componentes en la imagen que construye del objeto y por ende reconocer que tiene un aspecto frustrante pero también otro satisfactor; en consecuencia, el objeto aparece dividido, escindido, además presenta labilidad yoica y el proceso primario permea los procesos cognitivos.

En el nivel intermedio existen relaciones objetales estables pero ambivalentes y conflictivas, el superyó está parcialmente integrado, lo cual conduce a que la capacidad de sentir culpa y preocupación por el otro siga disminuida. Hay mezcla de mecanismos de defensa, entre primitivos, como la proyección y la formación reactiva, y más elaborados, como la represión. En este nivel ubica personalidades sadomasoquistas, infantiles y algunos tipos de trastorno narcisista (Bleichmar & Leiberman de Bleichmar, 1997).

En el nivel superior el sujeto está mejor estructurado, hay un superyó más integrado, al igual el yo, y una identidad más definida (Kernberg, 1979) instaura relaciones objetales menos precarias, lo cual permite que los pacientes sientan culpa y preocupación por el otro, lo que facilita vínculos más duraderos y estables. El principal mecanismo de defensa es la represión, aunque hay un uso excesivo de este y dificulta la relación con la realidad.

Actividad N.º 8.

Las relaciones objetales en la teoría de Otto Kernberg.

Lea los siguientes textos:

Boza de Pagano, R. (1997). *Teoría de las relaciones objetales: el self, los afectos y las pulsiones*. En S. Abadi (comp.), *Desarrollos postfreudianos: Escuelas y autores* (pp. 135-141). Editorial de Belgrano

Schmukler, D. (1997). *Estructura Fronteriza de la Personalidad*. En S. Abadi (comp.), *Desarrollos postfreudianos: Escuelas y autores* (pp. 141-149). Editorial de Belgrano.

Boza de Pagano, R. & Carposi, J. (1997). Psicoterapia de Expresión. En S. Abadi (comp.), *Desarrollos postfreudianos: Escuelas y autores* (pp. 135-141). Editorial de Belgrano.

Después de estudiar los textos de los autores mencionados, desarrolle los siguientes aspectos:

1. Explique lo que acontece en las 5 fases del desarrollo propuestas por Kernberg.
2. Describa la postura de Kernberg respecto a las pulsiones y a los afectos.
3. Analice críticamente el problema al cual se enfrentan los distintos autores al intentar ubicar el trastorno límite en la nosología clásica.
4. Enuncie las características estructurales de la organización límite de la personalidad.
5. Explique los aspectos que definen la identidad del paciente *borderline*.
6. Describa los mecanismos de defensa más frecuentes en el paciente *borderline*.
7. Explique la propuesta de entrevista estructural de Kernberg para el trabajo con pacientes límites.
8. Analice críticamente la propuesta de la terapia de expresión.

Vea la siguiente película:

Zagerman, P. (dir.) (2011). Introducción al Psicoanálisis por el Catedrático y Doctor en Medicina Otto F. Kernberg. <https://www.youtube.com/watch?v=IGQTM3osVUk>

Después de ver la película propuesta, responda las siguientes preguntas:

1. ¿Cuáles son los tres conflictos en cada uno de los casos clínicos que trabajó Otto Kernberg?
2. ¿Para qué capacita al ser humano, el sistema lucha-huida, según O. Kernberg?
3. ¿Por qué los temores de la infancia siguen influyendo durante toda la vida, según la teoría freudiana?
4. ¿Qué manejo hace el niño de las experiencias terribles?
5. ¿Cuál es la función de los mecanismos de defensa, según Otto Kernberg?
6. ¿Cuál es la función del hipocampo?
7. ¿Qué conforma el núcleo del yo en la propuesta de O. Kernberg?
8. ¿Cuál es el elemento común que subyace a los tres casos clínicos, abordados por Kernberg?

2.6. El psicoanálisis relacional

La evolución teórica del psicoanálisis ha permitido el surgimiento de nuevas lecturas de la construcción de la identidad, en especial las teorías que han tomado la línea de pensamiento de las relaciones objetales, cuya idea central es “que la meta de la pulsión libidinal no es la gratificación sino el encuentro con el objeto” (Coderch, 2010, p. 117). Línea de pensamiento que adopta también el psicoanálisis relacional, entendiendo este como un constructo integrado por diferentes conceptos y técnicas terapéuticas que pretenden “aliviar el sufrimiento psíquico” (Velasco Fraile, 2009) de quien padece para que pueda continuar su desarrollo emocional.

Su origen se vincula con tres acontecimientos dados en Norteamérica, uno relacionado con la APA, que organiza una Conferencia Internacional Anual sobre el estudio psicoanalítico de la relación, lo cual le otorga identidad al psicoanálisis relacional y la creación de N.Y. University Postdoctoral Program in Psychoanalysis and Psychotherapy en 1988; otro es la publicación del texto *Psychoanalytic Dialogues: A Journal of Relational Perspectives*, publicado en 1990 y finalmente la creación de dos asociaciones la IARPP y la IARRP (Velasco Fraile, 2009).

Adicionalmente, autores como Stephen Mitchel, Jay Greenberg y Margaret J. Black fueron claves en el surgimiento de dicho movimiento; sus obras, entre las cuales están *Conceptos relacionales en psicoanálisis: una integración* y *Más allá de Freud*, pusieron en entredicho los postulados clásicos del psicoanálisis, entre ellos la construcción de la identidad según el enfoque pulsional, y sentaron las bases para pensarla en términos de relaciones, pues “se considera que el contenido mental se expresa y se configura en el contexto del establecimiento y la conservación de las relaciones con los demás” (Mitchell, 1993, p. 16). Y más exactamente en la matriz relacional, la cual toma en cuenta “la autoorganización, el apego a los otros (“objetos”), las transacciones interpersonales, y el papel activo de los otros en la recreación continua de su mundo subjetivo” (Mitchell citado por Bedoya Hernández, 2012, p. 691).

Esta matriz relacional en el mundo del niño se encuentra representada por la figura de la madre o, en su defecto, por quien asume el cuidado del menor y le brinda protección, afecto; desde esta mirada “los afectos constituyen el centro de la motivación humana [...] y surgen dentro del intercambio intersubjetivo” (Velasco Fraile, 2009, p. 59). En

este caso, entre madre e hijo y posteriormente con el padre, si lo hay, y demás miembros significativos de su familia. En consecuencia, “las relaciones tempranas con los cuidadores primarios modelan nuestro comportamiento, la autoimagen y los modos de satisfacer nuestros deseos y necesidades que no pueden ser separados del contexto relacional” (Rodríguez Sutil, 2007, p. 10).

El surgimiento de esta postura relacional responde también al ambiente intelectual de la época, el cual “estaba dominado por el enfoque estructural freudiano y el de la Psicología del Yo” (Marín, 20214, p. 127) e incluía postulados de su creador y principal representante Heinz Hartmann. Posteriormente, se fueron integrando distintas miradas “como la Teoría de las Relaciones Objetales del grupo inglés independiente (Winnicott, Fairbairn, etc.) y la Psicología del Self de Heinz Kohut” (Marín Posada, 20214, p.127). De acuerdo con esto, son diversos los autores y constructos que integran el psicoanálisis relacional, es decir, este surge de la unión de diversas posturas teóricas que comparten el linaje de lo relacional. Velasco Fraile (2009) afirma al respecto lo siguiente:

Esta nueva perspectiva incluye aportaciones del psicoanálisis interpersonal (H. S. Sullivan), de la Escuela Inglesa de las Relaciones de Objeto (W.R. Fairbairn), de la Self-Psychology (H.Kohut) y sus continuadores, de teóricos considerados “independientes” (Winnicott, Balint), están también incluidas las perspectivas psicosociales psicoanalíticas latinoamericanas (Pichón Riviere, W. y M. Baranger) así como las recientes aportaciones de psicoanalistas contemporáneos: Grupo de Boston para el Estudio del Cambio Psíquico (Stern, Lyons-Ruth, Tronick), intersubjetivistas (Stolorow, Atwood, Orange) y *Self-Psychology* contemporánea (Lachmann, Litchenberg, Morrison).

Entre los conceptos principales que lo integran están la intersubjetividad, la empatía y la mutualidad (Velasco Fraile, 2009). La intersubjetividad se refiere a la presencia e interacción de dos subjetividades y lo que acontece en el intercambio para el desarrollo, aspecto fundamental en los procesos de crianza por la manera como la madre o el cuidador reconoce y valida lo que acontece con su hijo; se requiere de este reconocimiento por parte de la madre porque le permite darse cuenta de lo que ocurre con su hijo, lo cual es diferente de su propia perspectiva. Esto da lugar al desarrollo sano del self, por tanto “es necesaria una relación que incluya el reconocimiento del estado mental subjetivo del otro, así como el de uno mismo”(Velasco Fraile, 2009, p. 60). Lo cual le permite al menor registrar sus propias emociones y sentimientos como diferentes del otro y válidas, sin necesidad de sacrificar su autenticidad y forma de ser, esperando agradar y complacer al otro; esto involucra el

reconocimiento de la diferencia a partir de la condición particular de cada sujeto, lo que en teoría responde a:

Lo que se ha dado en llamar “perspectivismo” (Nietzsche, Ortega): todo conocimiento depende del punto de vista, de la situación; la realidad es construida desde la conjunción de todas las perspectivas. Pero el individuo es un punto de vista esencial, insustituible. [...] Lo cual da lugar a la hermenéutica universal: no hay hechos, sólo interpretaciones (Rodríguez Sutil, 2007, p. 10).

La empatía es un concepto muy popular últimamente, pero al cual le han dado significaciones amañadas en función de beneficios propios, dado que su aplicación es muy amplia y aplica al contexto no solo de la psicología sino también de las interacciones humanas. Según Segal (1977), la empatía es la forma más temprana de manifestación de la identificación proyectiva y remite a la capacidad para “ponerse en el lugar del otro” (p.40). En el contexto clínico relacional remite a las formas de relación creadas entre el terapeuta y su paciente, tanto en el plano consciente como en el inconsciente, especialmente este último por la recreación de las matrices relacionales que influyen la compleja relación establecida entre paciente y terapeuta (Velasco Fraile, 2009). Finalmente, la mutualidad es un concepto retomado de Sandor Ferenczi e indica que tanto paciente como terapeuta se influyen el uno al otro y dicha regulación produce sentimientos, pensamientos y acciones que es necesario reconocerlas en el proceso clínico en ambos participantes, para que el paciente en su proceso clínico pueda avanzar.

Actividad N°. 9.

El psicoanálisis relacional.

Estudie cuidadosamente el siguiente texto:

Mitchell. S. A. (1993). La Matriz Relacional. En *Conceptos relacionales en psicoanálisis* (pp. 29-54). Siglo Veintiuno Editores.

Responda las siguientes preguntas sobre su estudio de la matriz relacional:

1. ¿Cuáles son las categorías centrales del texto? En cada una de las categorías, retome las ideas claves expuestas por el autor que le permiten sustentar sus planteamientos.

2. ¿Cuál es el sentido y las implicaciones del título? Analice el sentido del título y qué tanta relación tiene con la tesis y los argumentos propuestos por el autor a lo largo de su escrito.
3. Describa cómo fue su proceso de estudio del texto, qué sensaciones le generó, sus posibles aplicaciones y proyecciones en su actual formación académica y su futuro ejercicio profesional.
4. ¿Qué citas retomarías del texto o destacarías del tema planteado? Escoja varias frases o párrafos claves en el texto, que considere se deben destacar; además, argumente en cada caso, los motivos para seleccionarlo.

Unidad N.º 3

Aspectos clínicos de la psicología dinámica: intervención

3.1. La entrevista clínica inicial

No es pertinente limitarse a una sola definición de la entrevista clínica inicial, ni tampoco el tema se puede abordar desde un solo enfoque. Para comenzar, se podría definir como una conversación especializada entre dos personas con condiciones diferentes respecto a la comprensión de sí mismo, una que ha conseguido un nivel mayor de entendimiento de su condición humana y que avalado por una institución de educación superior ha obtenido un título profesional que le permite ejercer como terapeuta, y otro que busca ayuda para aliviar una inquietud, un padecimiento o síntoma perturbador de su desempeño en cualquier área de su vida, ya sea familiar, laboral, social o sexual, entre otras, y que voluntariamente solicita ayuda para ocuparse de su dolor. Nótese entonces que se habla de una relación entre un “profesional especialista y una persona que precisa ayuda a causa de sus perturbaciones emocionales” (Coderch, 1999, p. 53) en el marco de un proceso clínico psicoterapéutico determinado por lineamientos teóricos a través de una conversación en la cual “debe rebasarse necesariamente la corteza para descubrir, tras la apariencia, la verdadera esencia de las cosas” (Ordine, 2013, p. 41).

Sullivan (1979) la define como:

Una situación de comunicación vocal, en un grupo de dos, más o menos voluntariamente integrado, sobre una base progresivamente desarrollada de experto-cliente, con el propósito de elucidar pautas características del vivir del sujeto entrevistado, el paciente o el cliente, y qué pautas o normas experimenta como particularmente productoras de dificultades o especialmente valiosas y en la revelación de las cuales espera obtener algún beneficio (p. 28).

Independientemente de la concepción que se tenga de la entrevista clínica, es una de las herramientas más usadas en el ejercicio clínico. Su origen está influenciado por el psicoanálisis, pero la entrevista clínica no es exclusiva de este, pertenece a la psiquiatría y a otras disciplinas relacionadas con la psicoterapia, entre ellas a la psicología y a sus diversas escuelas

y “toma distintos enfoques metodológicos de acuerdo con la teoría psicológica que la sustente” (Colín Gorráez et al., 2017, p. 45). Por tanto, existe diversidad de modelos de entrevista, lo cual se convierte en una riqueza por las distintas perspectivas que plantea cada enfoque, pero esto a su vez genera dificultades, dado que para algunos no existe consenso respecto a cómo realizarla. Consecuentemente, cada profesional de la psicología elige el cómo, acorde a su propia orientación, y luego a través de su experiencia enriquece el modelo adoptado que puede ser no solo desde una línea o rama teórica, sino enlazar distintos aspectos que se proponen desde diversas teorías y enfoques, que pueden ser complementarios y enriquecer cada perspectiva.

La evolución histórica de la entrevista ha generado algunas clasificaciones, entre las cuales están la entrevista directiva, la entrevista libre y la semidirigida o “abierta o cerrada” (Bleger, 1964, p. 2). Estas alternativas condicionan el papel que asumirá el psicólogo o entrevistador durante su ejecución y están enmarcadas en:

Dos planteamientos diferentes para el desarrollo de una entrevista diagnóstica: el primero de ellos es un planteamiento exploratorio, que tiene como meta la recolección de datos por medio de preguntas específicas y que tiene sus raíces en la psiquiatría de orientación biológica; el segundo corresponde a un planteamiento dinámico-relacional, basado en una actitud genuinamente psicoanalítica y que obtiene su información a través de la reconstrucción de relaciones objetales infantiles en el juego transferencia/ contratransferencia entre psicoterapeuta y paciente (Grupo de Trabajo OPD, 2008, pp. 325-326).

La entrevista directiva implica mayor participación del terapeuta, quien tiene una serie de preguntas determinadas para el paciente, por tanto, este interviene poco y si lo hace es en respuesta a los interrogantes formulados por el entrevistador, los cuales obedecen a un criterio preestablecido sobre lo que puede estar pasando con el entrevistado; dicha entrevista se caracteriza por tener una estructura organizada, tanto es así que se plantean una lista de aspectos que se “debe cubrir en la primera entrevista” (Morrison, 2014, p. 5).

La entrevista libre no tiene formato definido para su inicio, desarrollo y cierre. Como su nombre lo indica, prevalece la libertad del paciente para hablar sin restricciones lo que considere necesario comentar a su terapeuta, relacionado o no con su padecimiento o dificultad. Cabe aclarar que está muy influenciada por la técnica psicoanalítica de la libre asociación; en este tipo de entrevista el paciente puede hablar de cosas muy disímiles a su padecimiento y en esa medida puede atinar o no en lo dicho para la utilidad en el proceso clínico; así mismo, tener poca claridad sobre qué tipo de información es la que requiere

el terapeuta, consecuente con ello, este puede terminar “con mucha información sobre el partido de fútbol del domingo pasado o del nuevo auto deportivo del paciente” (Morrison, 2014, p. 13) pero no con los hechos relacionados con su sufrimiento, ¿en qué consiste?, ¿cómo se presenta?, ¿desde cuándo surgió? y ¿cómo lo explica? entre otras cuestiones. Esto puede ser un riesgo que trae la entrevista libre, es decir, tener mucha información del paciente, pero poca relacionada puntualmente con su sufrimiento y relevante para el trabajo psicológico. Cabe aclarar que este tipo de entrevista posibilita que el paciente elija por dónde comenzar su relato y lo que desea contar o no, lo cual genera un ambiente más relajado, de mayor confianza y seguridad, donde “los pacientes dicen lo que es importante para ellos” (Morrison, 2014, p. 14) Así mismo, el papel silencioso del terapeuta lo que permite aquí es “que el entrevistado configure el campo de la entrevista según su estructura psicológica particular” (Bleger, 1964, p. 2).

La entrevista semidirigida combina la libertad del paciente con la intervención directa del profesional, quien actúa en diferentes circunstancias tratando de profundizar en aquella información no tan precisa, aportada por el paciente. De esta manera “una entrevista es semidirigida cuando el paciente tiene la libertad para exponer sus problemas comenzando por donde prefiere o incluyendo lo que desea” (Siquier de Ocampo et al., 1997, p. 23). Así mismo, dichos autores afirman que quien hace las veces de entrevistador actúa para mostrarle al paciente cómo iniciar y avanzar respecto al material necesario para el proceso, indicar la presencia de angustia que paraliza su trabajo y examinar situaciones a las cuales el entrevistado no se ha referido y que pueden ser esenciales para la intervención. En consecuencia, esta modalidad de entrevista que permite la expresión libre del paciente responde a la denominada “entrevista psicodinámica” (Grupo OPD, 2008, p. 334) y no descuida la recolección de información necesaria para la realización del trabajo clínico a través de preguntas y comentarios por parte del psicólogo, información que le ayuda a consolidar el diagnóstico sobre la situación del paciente y consecuentemente diseñar el plan de intervención que atienda a sus necesidades. Para la realización del diagnóstico, el entrevistador —cuando lo estime conveniente— se puede apoyar en la aplicación de pruebas proyectivas. En síntesis, es un tipo de entrevista que media entre la estructurada y la libre. Pero más allá de estas opciones y otras posibles de la entrevista, es importante que quien la realice considere en qué momento es oportuno callar, hablar e intervenir y de qué manera (Siquier de Ocampo et al., 1997).

La entrevista inicial es fundamental para el proceso clínico y exige del terapeuta ardua preparación, en esa medida “debe tener conocimientos previos acerca del marco teórico psicológico que postula” (Colín Gorráez et al., 2017, p. 47). Así mismo, requiere disposición a la escucha, claridad en su rol, discernimiento respecto al tipo de consultante que le llega y sus posibles necesidades. Adicionalmente, es recomendable que el psicólogo haya realizado previamente su propio proceso clínico y que procure “adiestrarse dentro de la corriente teórica de su interés” (Colín Gorráez et al., 2017, p. 48). Por lo tanto, “sobre los primeros encuentros gravita una pesada carga de responsabilidad” (Thomä & Kächele, 1989, p. 204). Finalmente, es necesario considerar el deseo del paciente, sus expectativas, establecer una relación cálida, respetuosa, empática, fraterna y de consideración hacia su dolor, además de mucho tacto para saber escuchar, qué decir y cuándo callar.

Según Siquier de Ocampo et al. (1997), entre los objetivos a alcanzar en la primera entrevista se encuentran: la percepción inicial del paciente, la cual puede registrarse incluso desde la sala de espera, observando su lenguaje corporal, pues es claro que el paciente no se comunica solo con las palabras, también lo hace con sus gestos, con su disposición física, aspectos que son muy dicentes. El paciente puede estar cabizbajo, encorvado y esto podría dar indicios del nivel de abatimiento que enfrenta, ante lo cual el psicólogo debe estar en capacidad de leer cómo la corporalidad de su consultante refleja su padecimiento. También se propone considerar lo que verbaliza y cómo lo hace, “aspectos delatores de la entonación, ritmo de la conversación, dificultades de enunciación” (Sullivan, 1979, p. 27). Es clave observar cómo se narra a sí mismo y se historiza el paciente; los posibles bloqueos en su discurso, la precisión o las incoherencias en su lenguaje, lo cual remite a otro aspecto y es el grado de coherencia o discrepancia entre lo verbalizado y su lenguaje gestual. Se debe crear un ambiente adecuado para la entrevista y tener claro el motivo de consulta, diferenciando el motivo de consulta manifiesto del motivo de consulta latente. Lo manifiesto se refiere a lo enunciado inicialmente por el paciente, siendo lo que menos ansiedad le genera y presenta un nivel básico en su elaboración. A este contenido manifiesto, enunciado inicialmente por el paciente, le subyace un contenido mucho más profundo, que es necesario descifrar con el paciente, ya que constituye una de las claves para la comprensión de su padecimiento y su consecuente alivio.

Colín Gorráez et al. (2017) proponen cuatro etapas para la entrevista inicial: primer contacto; apertura y obtención de datos; exploración del motivo de consulta; cierre. El

primer contacto se hace generalmente por vía telefónica entre el paciente y el terapeuta, y a veces con sus padres o cuidadores, en caso de ser menores. En este caso es necesario considerar algunos aspectos técnicos tales como: la información solicitada de parte del entrevistador, discriminar que tipo de ayuda requiere el paciente, cómo se enteró del terapeuta o entrevistador, cómo asumirá la información solicitada el paciente, dependiendo de su patología, si el terapeuta da o no información y de qué tipo y el significado que tiene la conversación para uno y otro (González Núñez & Rodríguez Cortés, 2002).

Luego de este acercamiento telefónico o vía WhatsApp, viene el primer encuentro que se da en la apertura de la entrevista, es el primer cara a cara entre ambos protagonistas del proceso; aquí es fundamental de parte del entrevistador la empatía, la escucha la habilidad para recolectar datos que informan sobre la sintomatología del paciente, los cuales son fundamentales para configurar la primera impresión diagnóstica; complementariamente, el terapeuta debe ir reconociendo los recursos con que cuenta el paciente en lo emocional, relacional, social, intelectual y familiar, entre otros, pues estos son claves para el proceso clínico del paciente y la posible evolución de su padecimiento.

En la exploración del motivo de consulta, se profundiza al máximo sobre la razón que tuvo el paciente para solicitar la cita y acudir al terapeuta; se hace alusión al origen del sufrimiento en el consultante y demás aspectos asociados. Para ello el entrevistador pone al máximo su capacidad de interrogar, escuchar y aclarar. También se inicia la construcción de la historia clínica y la anamnesis. Dado que se requiere escribir la cuestión, entonces es necesario saber ¿cuándo escribir la historia clínica, si delante o no del paciente?, interrogante que puede contribuir al debate y a la profundización a través de lecturas relacionadas con el tema. Finalmente, está el cierre de la entrevista inicial. Como su nombre lo indica, se finaliza ese primer encuentro y el entrevistador hace algunas devoluciones que orientan al paciente respecto a las opciones de tratamiento, el tiempo aproximado de duración y los posibles costos del proceso, es decir, se encuadran las condiciones respectivas del trabajo a realizar. Sullivan, citado por Colín Gorráez et al. (2017), plantea como opción para el cierre de esta entrevista y verificación del logro de los objetivos 4 aspectos que son: el entrevistador formula una declaración final en la cual deja entrever todo lo que ha entendido sobre el discurso del entrevistado, emite una prescripción de acción acerca de lo que sería conveniente hacer en adelante, una apreciación final sobre la marcha de las cosas en la vida del paciente y una despedida formal entre ambos participantes.

Otros aspectos importantes para considerar en la entrevista son: el espacio físico y la privacidad requerida, la presentación del entrevistador, el lenguaje acorde con el rol de psicólogo, el encuadre que incluye los costos y la duración de las sesiones, el estimativo del tiempo de tratamiento, los posibles focos detectados por el terapeuta, la confidencialidad, la particularidad del trabajo clínico, el consentimiento informado y la toma de notas, sí o no, y en qué momentos es pertinente hacerla. Así mismo, si se graba o no las sesiones con los pacientes.

Actividad N.º 10.

La entrevista clínica inicial.

Estudie el siguiente texto:

Colín Gorráez, M. Galindo Leal, H. & Saucedo Pérez, C. (2017). *La Entrevista en Psicología Clínica*. Trillas.

Una vez terminado su estudio de la lectura propuesta, realice una entrevista a una persona que le llame la atención y desee colaborarle en el ejercicio; recuerde elaborar el consentimiento informado respectivo y, luego de concluir la entrevista, compare el contenido teórico leído, con la experiencia obtenida durante la entrevista efectuada.

3.2. El uso clínico del juego

El juego es una actividad que ha acompañado desde tiempos remotos la existencia del hombre y ha sido usado de numerosas maneras por los integrantes de las comunidades, de todas las edades, para fines diferentes. El juego es un actividad cotidiana que implica crear y recrear constituyéndose en “una conducta dinámica activa y constructiva, que forma parte integral y esencial de un crecimiento, desarrollo y aprendizaje saludable en todas las edades, ámbitos y culturas” (Esquivel y Ancona, 2010, p. 61). Posibilita el desarrollo físico y emocional de los niños, les permite expresar su mundo interno y escenificar sus fantasías, recrear la concepción del mundo, construir normas, relacionarse con otros, desempeñar roles, interiorizar y replicar las normas y aprender roles. En esa medida, “el juego es una de las actividades más importantes en la vida del niño, con él desarrolla su creatividad, su capacidad para construir y reconstruir, su expresión artística y su lenguaje” (Esquivel y Ancona, 2010, p. 61).

Pero no solo el juego ha hecho parte esencial de la vida del ser humano, sino que también disciplinas como la pedagogía, la sociología y la psicología, por mencionar algunas, han hecho uso de él como herramienta que les ha permitido alcanzar sus propósitos. La pedagogía, lo ha asumido como metodología para el proceso de enseñanza aprendizaje en las aulas de clase, la sociología para implementar el acercamiento y el trabajo con las comunidades y la psicología en la intervención clínica tanto individual como grupal. Ahora bien, si el juego es importante, en este caso, para la vertiente de la psicología dinámica en su intervención ¿qué uso hace de él y con qué fines?

Como ya se dijo en renglones anteriores, el juego es para el niño creación y lenguaje. En esa medida, en el proceso terapéutico de orientación dinámica es el medio del cual se vale el niño para expresar su mundo, sus emociones y las posibles dificultades, dado que el lenguaje hablado del cual dispone no alcanza para dar cuenta de todo lo que le acontece; siendo así, el terapeuta es un lector de lo que representa el niño en su juego y debe poseer los elementos teóricos y técnicos que le permitan dicha labor. Esa dimensión de lector del terapeuta también apunta a que en el juego del niño hay una dimensión latente, ya que —como en el trabajo del sueño que propone Freud— hay un contenido manifiesto y otro implícito. Desvelar dicho contenido ayuda a entender la dificultad del menor y es parte de la labor del terapeuta; por tanto, este debe observar la secuencia del juego, las expresiones relacionadas que emite el menor y el uso que hace de los juguetes.

El origen del uso del juego en la clínica con niños se remite a las elaboraciones teóricas que Sigmund Freud aporta para la comprensión de la vida infantil. Sus trabajos señalan “un papel primordial del desarrollo intrapsíquico y por primera vez se consideró la infancia como un periodo crítico del desarrollo del individuo” (Esquivel y Ancona, 2010, p. 1). Igualmente, se remite al trabajo realizado por Hermine von Hug-Hellmunt, “quien trataba niños en psicoterapia implementando el juego infantil con un criterio didáctico y de reeducación” (Bleichmar & Leiberman de Bleichmar, 1997, p. 99). Posteriormente, Melanie Klein, Anna Freud, Françoise Dolto y Donald Winnicott, entre otros, realizaron desarrollos teóricos propios y técnicas de intervención definidas para el trabajo con los niños.

El juego usado en la clínica involucra múltiples actividades, que son elegidas por el menor, según su necesidad de expresión. Entre estas están el juego con plastilina, agua, arena, dibujar, colorear, leer cuentos, recortar, armar, construir historias y, en la contemporaneidad dado el auge de juguetes de alta tecnología, también es necesario considerar su uso en los procesos clínicos; en la medida en que el menor elige la actividad, el terapeuta

deberá respetarla y comprender el sentido de la construcción que hace el menor, ya que es el medio de expresión elegido para enunciar su mundo interno, lo cual posibilita al terapeuta “la exploración del inconsciente infantil, interpretar las fantasías, sentimientos, ansiedades y experiencias expresadas en el juego, y si este está inhibido, explorar las causas de dicha inhibición” (Bleichmar & Leiberman Bleichmar, 1997, p. 99). Cada una de estas actividades posibilita la emergencia y la expresión de conflictos, fantasías, ansiedades; por ejemplo:

Los cuentos y los sentidos metafóricos que los sostienen despiertan en el niño recuerdos, afectos y formas de comprender sus conflictos, los cuales al ser expresados por el terapeuta como contenido manifiesto de lo latente permiten disminuir las defensas dando seguridad al yo del infante. A través de la identificación con los personajes de los cuentos infantiles y las situaciones ofrecidas por las metáforas, se reviven conflictos, emociones, tipos de relación vincular y defensas, como medio simbólico de representación de su historia (Russo de Sánchez & Galindo Madero, 2013, p. 51).

No solo los cuentos son utilizados en el proceso clínico como medio para facilitar la expresión emocional de los menores, también es posible otro tipo de juguetes al interior del consultorio para su uso, los cuales se sugiere que sean simples, pequeños y no mecánicos, sexuados y no sexuados, de tamaños diversos, que haya bloques, rompecabezas y otros para crear; árboles, carretas, animales domésticos y salvajes que permitan proyectar la agresividad, como por ejemplo dinosaurios, cocodrilos y otros de su especie.

Se puede acudir al juego como herramienta diagnóstica o de tratamiento. En el primer caso el niño manifiesta “un segmento de su repertorio de conductas, reactualizando en el aquí y en el ahora un conjunto de fantasías y relaciones objetales” (Efron et al., 1997, p. 195). Así, se pueden reconocer las dificultades emocionales presentes en el niño. Se ofrecen diferentes materiales de juego durante una hora, en la cual el terapeuta observa la relación y la actuación del niño con los juguetes que él elige, inspecciona si permanece con ellos un tiempo o pasa indiscriminadamente de uno a otro, lo que enuncia y manifiesta en la interacción con ellos. Esta hora de juego diagnóstica es “un recurso o instrumento técnico que utiliza el psicólogo dentro del proceso diagnóstico con el fin de reconocer la realidad del niño” (Efron et.al, 1997, p. 195).

El juego usado en el tratamiento se prolonga durante el tiempo del proceso clínico, es decir, permanece como herramienta de intervención y trabajo en las problemáticas observadas en el diagnóstico realizado al infante, de ahí que el juego y los juguetes sean el medio privilegiado para dicho trabajo con los menores, pues se asume:

Que la manipulación de los juguetes permite la expresión de los significados que los niños atribuyen a las personas y eventos de su vida, de mejor manera que mediante las palabras: los juegos de los niños son su mejor lenguaje, y los juguetes son sus palabras (Ginott, 1960, citado por Vélez Gómez et al., 2010).

Ahora, como ya se aclarado en párrafos anteriores, el juguete existe más allá del escenario clínico, solo que en dicho espacio cobra un significado particular, dado que posibilita una conexión con las representaciones que el niño hace. En este sentido:

El juguete no es el objeto *per se*, sino la construcción semántica del niño en la relación con dicho objeto, el cual se erige, desde entonces, en un instrumento que le permite apropiarse simbólicamente de la realidad, al tiempo que se constituye como mediador en la relación entre sí mismo y el terapeuta (Vélez Gómez et al., 2010, p. 6).

Actividad N°. 11.

El uso del juego en la clínica.

Lea el siguientes texto:

Esquivel y Ancona, F. (2010). El juego y la psicoterapia infantil. En *Psicoterapia infantil con juego. Casos clínicos* (pp. 61-68). Manual Moderno.

Después de la lectura del texto de la autora mencionada, realice el siguiente ejercicio:

1. Argumente ¿por qué es importante el juego en el desarrollo del niño?
2. Revise su infancia y los juguetes que usó en la misma, como también los usados por los integrantes mayores de su familia, y responda ¿qué diferencias encuentra entre unos y otros?
3. ¿Qué papel cumple el juego en la psicoterapia infantil?
4. Contraste el tipo de juguetes propuestos por la autora y los que usan hoy los niños.

3.3. Algunas precisiones acerca del terapeuta

Entre los distintos campos de acción que tiene el psicólogo se encuentra la atención individual de carácter clínico, orientada a aliviar el padecimiento humano en el marco de la psicoterapia, definida según la FEAP (1994), citado por Ávila Espada et al. (2014), como “un tratamiento científico, de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de malestar humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la salud física y psíquica” (p. 366), para lo cual es necesario que el terapeuta cuente

con una formación teórica sólida en el campo de la psicopatología de su corriente, también conceptualizaciones amplias sobre infancia, adolescencia, adultez, vejez, contemporaneidad, historia, geopolítica, es decir, mientras más amplia y rica sea su formación y entendimiento del mundo, mayor posibilidad de comprensión de la realidad de su consultante. En esa línea, diversos estudiosos del tema consideran esencial “que el psicoterapeuta posea requisitos básicos de inteligencia, cultura y educación por encima de la media del grupo social en el que ejerce su actividad” (Coderch, 1999, p. 85), pues de lo contrario su labor carecería de rigurosidad y validez. Por ejemplo, es necesario que tenga una conceptualización clara sobre la depresión, sus orígenes, el papel que juega en dicha patología la valoración de sí mismo, en la cual el terapeuta deberá “explorar la historia personal del paciente con respecto a la autoestima o a la falta de ella (introyecciones, traumas, defectos, nivel de aspiración” (Bellak, 2000, p. 43), considerar las pérdidas vividas y la manera como cada sujeto las ha solucionado; así mismo, el superyó y el nivel de idealización, dado que es importante en los trastornos depresivos “buscar una condición subyacente que pueda dar lugar, al articularse con otros componentes, a las diferentes variantes o subtipos de depresión” (Bleichmar, 1999, p. 35), indicando así que el mismo trastorno posee causas diversas y formas de manifestarse diferentes en cada consultante, lo cual conlleva revisar como esta es vivida por cada paciente y, por tanto, su singularidad. Este nivel de detalle y de profundidad lo debe considerar el psicoterapeuta en todos los casos objeto de su trabajo.

Ahora bien, la formación rigurosa y cualificada no se limita a la teoría y las distintas concepciones sobre el origen del padecimiento y los trastornos mentales, ya que:

Hablar del psicoterapeuta es siempre una cuestión sumamente ardua y complicada. Y ello por una razón básica. La de que a diferencia de lo que puede ocurrir en cualquier otra profesión, la enseñanza informativa y el aprendizaje práctico constituye sólo una parte de la preparación técnica y teórica precisa para su práctica. La otra parte, tan importante como ésta, la constituye la personalidad del psicoterapeuta. Ella misma es, propiamente, el agente curativo que ha de utilizar en el ejercicio de su profesión (Coderch, 1999, pp. 82-83).

Al planteamiento anterior subyace un interrogante vinculado con ¿cuál es la personalidad idónea para ejercer como terapeuta, si existe, y quiénes podrían cumplir con ello? Se podría responder aludiendo a “la dificultad de dar reglas generales acerca de la personalidad del psicoterapeuta” (Coderch, 1999, p. 83), dada la complejidad que ello implica, pero un aspecto sí salta a la vista y es la necesidad del propio trabajo clínico, en el cual cada aspirante a terapeuta pueda esclarecer el origen de sus propias ansiedades y ser más consciente de los

aspectos que lo determinan, pues no se puede esclarecer al paciente aquello que no se entiende. Es claro entonces que “el psicólogo clínico que está interesado en la práctica clínica debe adiestrarse dentro de la corriente teórica de su interés a nivel conceptual (teórico), vivencial (su análisis personal y/o didáctico y de preferencia bajo supervisión especializada” (Colín Gorráez et al., 2017, p. 48).

Adicionalmente, siendo el ejercicio de la “psicología [...] desgastante como cualquier profesión” (Colín Gorráez et al., 2017, p. 48) es necesario, el cuidado de sí, para así cuidar de los otros (Manrique Tisnés et al., 2015), pues si el psicoterapeuta no cuida de su propia salud mental, lo cual incluye tiempos de descanso, relaciones, calidad de vida y autoconocimiento, no será posible ayudar al otro y corre riesgos tanto el terapeuta como el consultante. El concepto del cuidado de sí aparece en la Grecia Antigua cuando Sócrates indagaba a los jóvenes sobre ¿si se ocupaban de sí mismos?, y remite al término griego *epimeleia*, que significaba cuidado, gobierno, y *heautou*, que se refiere a sí mismo; por tanto, significa cuidado de sí, gobierno de sí, ocuparse de sí, aspecto íntimamente relacionado con el mismo arte de vivir, que viene a ser la traducción de dicho término. Este concepto conlleva una serie de responsabilidades para el psicoterapeuta, las cuales no son objeto de abordaje aquí.

Entre las características deseables en un terapeuta, Coderch (1999) cita los siguientes:

Actitud amable, consideración e interés hacia el paciente, no juzgar, ni ser modelo ni maestro para este; así mismo, tener conocimiento sobre los fenómenos psicopatológicos subyacentes a la sintomatología que presentan los pacientes, escuchar sin responder acorde a sus problemas, juicios de valor o sus propias emociones, estar en capacidad de usar aspectos dinámicos en la relación en favor del proceso del paciente, manifestar y mantener la confianza de este; escucha y comprensión, empatía entendida como la participación en el mundo interior del otro sin perder la propia identidad, reconocer que el proceso clínico no es un asunto de explicaciones teóricas a su paciente sino que es un proceso emocional cuya función es ayudarlo a descubrir el sentido de su padecimiento.

Adicionalmente, ser capaz de contener el dolor de su paciente, identificar cuándo hablar o callar o qué decir en la intervención, estar atento a la transferencia y a sus propias manifestaciones en el proceso clínico y cómo estas influyen su labor. Para finalizar, la labor del terapeuta está determinada por los diferentes momentos que tiene el proceso psicoterapéutico. En la psicoterapia psicoanalítica se hace alusión a tres momentos: la fase inicial, la intermedia y la final. La primera incluye la recepción del paciente, la determina-

ción del motivo de consulta manifiesto, latente, el encuadre de trabajo en caso de asumir al paciente, la evaluación, el diagnóstico y la devolución. La fase intermedia incluye el avance al máximo en el esclarecimiento de las razones del padecimiento del paciente, es decir, el tratamiento en sí, y la final da cuenta del cierre ya cumplidas las metas iniciales acordadas entre terapeuta y paciente. Las herramientas de las cuales dispone el psicoterapeuta para su trabajo son: recursos propios de la interpretación como el esclarecimiento, la confrontación y la interpretación como tal, “además de los distintos tipos de intervenciones verbales no interpretativas (señalamientos, sugerencias, suministros de información, intervenciones de reaseguramiento, etc.)” (Braier, 1984, p. 43).

Referencias

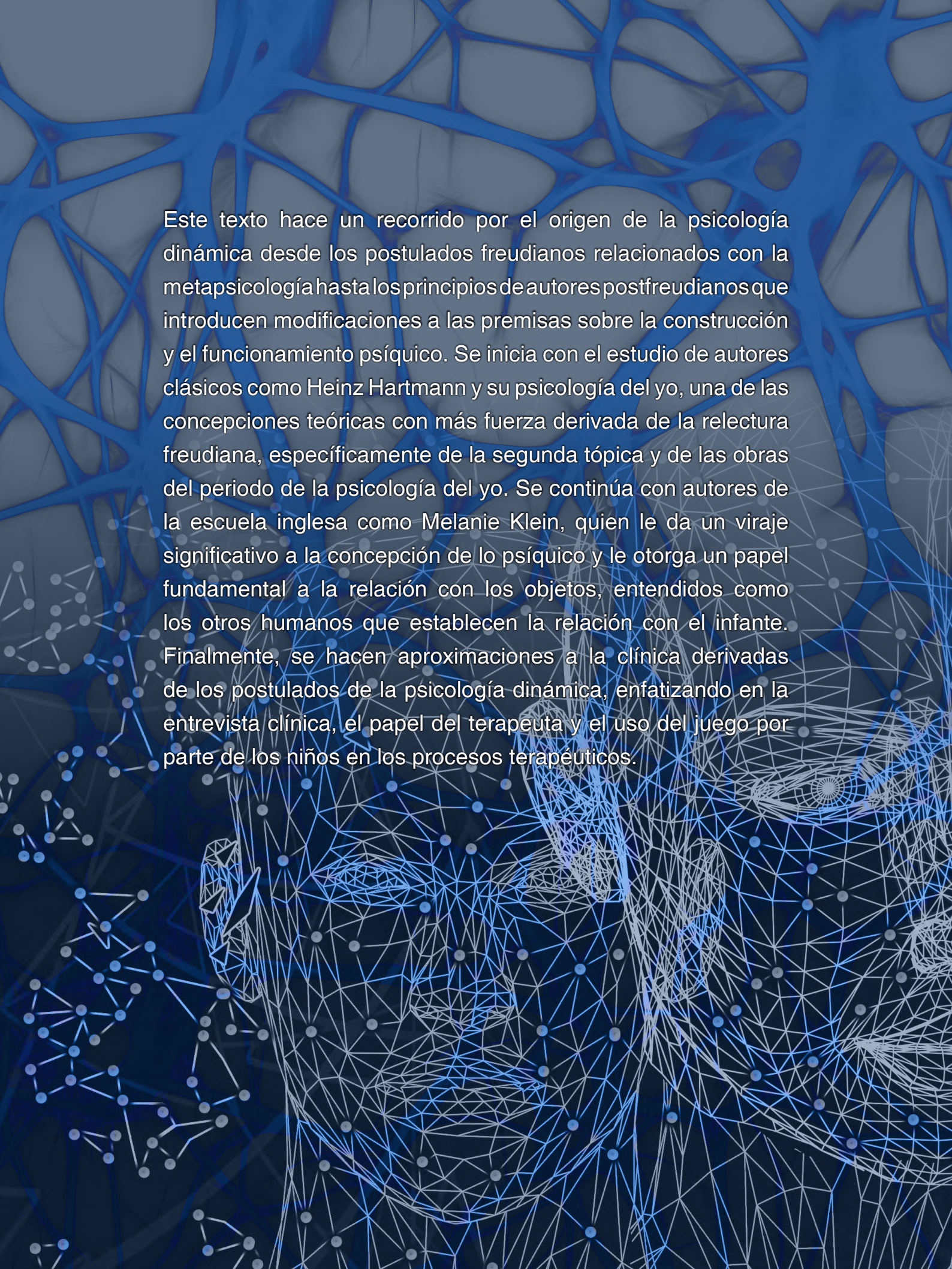
- Abadi, S. (1997). La teoría de la transicionalidad. En S. Abadi (comp.), *Desarrollos postfreudianos: escuelas y autores* (pp. 81-95). Editorial de Belgrano.
- Andrade Rodríguez, R. (2010). Epistemología y abordajes investigativos en psicología dinámica (Psicoanálisis relacional). *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 2(1), 36-65. <https://www.redalyc.org/pdf/4978/497856288003.pdf>
- Artigas-Pallarès, J. & Paula, I. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(115), 567-587. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352012000300008>
- Assoun, P-L. (2002). *La metapsicología*. Siglo Veintiuno.
- Assoun, P-L. (2003). *El vocabulario de Freud*. Nueva Visión. <https://mediacionartistica.files.wordpress.com/2017/05/el-vocabulario-de-freud-assoun-paul-laurent.pdf>
- Ávila Espada, A., Rojí Menchaca, M. B. & Saúl Gutiérrez, L. (2014). *Introducción a los tratamientos psicodinámicos*. Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Bachelard, G. (1976). *La formación del espíritu científico*. Siglo Veintiuno Editores.
- Bedoya Hernández, M. H. (2012). La noción de matriz relacional y sus implicaciones para el ejercicio clínico de la psicología dinámica. *Psicología desde el Caribe*, 29(3), 686-706. <https://www.redalyc.org/pdf/213/21328599007.pdf>
- Bellak, L. (2000). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. Manual Moderno.
- Bleger, J. (1964.). *La entrevista psicológica. Su empleo en el diagnóstico y la investigación*. Departamento de Psicología Universidad de Buenos Aires.

- Bleichmar, H. (1999). *Avances en psicoterapia psicoanalítica: hacia una técnica de intervenciones específicas*. Paidós.
- Bleichmar, N. M. & Leiberman de Bleichmar, C. (1997). *El psicoanálisis después de Freud: Teoría y Clínica*. Paidós.
- Boza de Pagano, R. (1997). Teoría de las relaciones objetales: el self, los afectos y las pulsiones. En S. Abadi (comp.), *Desarrollos postfreudianos: Escuelas y autores* (pp. 135-141). Editorial de Belgrano.
- Boza de Pagano, R. & Carposi, J. (1997). Psicoterapia de expresión. En S. Abadi (comp.) *Desarrollos postfreudianos: Escuelas y autores* (pp. 157-162). Editorial de Belgrano.
- Braier, E. A. (1984). *Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica*. Nueva Visión.
- Chemama, R. (1998). *Diccionario del Psicoanálisis*. Amorrortu editores.
- Coderch, J. (2010). *La Práctica de la psicoterapia relacional. El modelo interactivo en el campo del psicoanálisis* (1ª ed.). Ágora Relacional.
- Coderch, J. (1999). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Herder.
- Colín Gorráez, M., Galindo Leal, H. & Saucedo Pérez, C. (2017). *La Entrevista en Psicología Clínica*. Trillas.
- Correa Uribe, J. (s. f). *Las interpretaciones del psicoanálisis. Colección inconsciente Volumen 1*. Editorial Java
- Cusien, I. (1997). Introducción a la escuela inglesa de psicoanálisis. En S. Abadi (comp.), *Desarrollos postfreudianos: Escuelas y autores* (pp. 29-39). Editorial de Belgrano.
- Del Valle Echegaray, E. M. (1997). Melanie Klein. En R. D. Medina Eguía (comp.), *Divergencias en la Unidad, una introducción a los desarrollos psicoanalíticos después de Freud* (pp. 99-135). Lumen.
- Efron, A., Fainberg, E., Kleiner, Y, Sigal, A. & Woscoboinik, P. (1997). La hora de juego diagnóstica. En: M. L. Siquier de Ocampo, M. E. García Arzeno & E. Grassano y colab, *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico* (pp.195-222). Nueva Visión.
- Esquivel y Ancona, F. (2010). *Psicoterapia infantil con juego. Casos clínicos*. Manual Moderno.
- Freud, A. (1961). *El yo y los mecanismos de defensa*. Paidós.
- Freud, S. (1976). *Psicología de las masas y análisis del yo*. Paidós.

- Freud, S. (1980). *Esquema del psicoanálisis. Sigmund Freud obras completas. Tom 23*. Amorrortu editores.
- González de Rivera, J. L. & De Las Cuevas, C. (1992). La evaluación psicodinámica de las funciones del yo. *Psiquis*, 13(8), 287-324
- González Núñez, J. d. J. & Rodríguez Cortés, M. d. P. (2002). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Plaza y Valdez.
- Grupo de Trabajo OPD. (2008). *Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado OPD-2*. Herder.
- Hartmann, H. (1987). *La psicología del yo y el problema de la adaptación*. Paidós.
- Instituto Colombiano del Sistema Nervioso (Productor). (2013, 1 de febrero). *Una perspectiva del pensamiento de Melanie Klein. Dr. Bernardo Álvarez* [video]. Youtube. Jor Acad. <https://www.youtube.com/watch?v=qMmxXpY5uj0>
- Instituto Colombiano del Sistema Nervioso (Productor). (2013, 1 de febrero). *Una perspectiva del pensamiento de Melanie Klein. Dr. Bernardo Álvarez Part2* [video]. Youtube. Jor Acad. <https://www.youtube.com/watch?v=EcIOghrohyg&t=26s>
- Jaramillo Serna, J. A., Uribe Jaramillo, L. M. & Rojas Hernández, Y. A. (2016). Psicología Dinámica: epistemología y práctica. El devenir de nuestra profesión. *Revista Poiésis*, 274-281.
- Kernberg, O. (1979). *La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico*. Paidós.
- Laplanche, J. & Pontalis, J-B. (1977). *Diccionario de psicoanálisis*. Editorial Labor.
- Mahler, M. S. & Furer, M. (1972). *Simbiosis humana: las vicisitudes de la individuación. I Psicosis Infantil*. Joaquín Mortiz.
- Mahler, M., Pine, F. & Bergman, A. (1977). *El nacimiento psicológico del infante humano; simbiosis e individuación*. Marymar.
- Manrique Tisnés, H., Lopera Arbeláez, I. C., Pérez Patiño, J. D., Ramírez Castaño, V. E. & Henao Galeano, C. M. (2015). *Clínica analítica de las organizaciones*. Fondo Editorial Universidad EAFIT. San Pablo.
- Marín Posada, S. (2014). Stephen Mitchell y el paradigma relacional en psicoanálisis. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6(1), 125-140. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/psicologia/article/view/21621>
- Medina Eguía, R. D. (1997). Heinz Hartmann. En R. D. Medina Eguía (comp.), *divergencia en la unidad: una introducción a los desarrollos psicoanalíticos después de Freud* (pp. 17-32). Lumen.

- Mitchell, S. A. (1993). *Conceptos relacionales en psicoanálisis: una integración*. Siglo Veintiuno Editores.
- Morrison, J. (2014). *La entrevista psicológica*. Manual Moderno.
- Niño, M. V. (2010). Melanie Klein. Su vida y su obra. *Psicoanálisis*, 22(2), 51-58. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3683467>
- Nos, J. (2011). Entrevista al Dr. Otto Kernberg. *Revista Temas de Psicoanálisis*, 2, 1-24. <https://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2011/06/pdf-otto-kernberg.pdf>
- Oberst, U., Ibarz, V. & León, R. (2004). La psicología individual de Alfred Adler y la Psicosisíntesis de Olivér Brachfeld. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 67, 31-44. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v67n1-2/a03v67n1-2.pdf>
- Ordine, N. (2013). *La utilidad de lo inútil*. Acantilado.
- Paz, C. A., Pelento, M. L. & Olmos de Paz, T. (1976). *Estructuras y estados fronterizos en niños adolescentes y adultos*. Nueva Visión.
- Poch Bullich, J. (1989). *Psicología dinámica: aspectos teóricos, estructurales, epistemológicos y metodológicos*. Herder
- Rodríguez Sutil, C. (2007). Epistemología del psicoanálisis relacional. *Clínica e investigación relacional. Revista electrónica de psicoterapia*, 1(1),9-41.
- Roudinesco, E. & Plon, M. (1998). *Diccionario de Psicoanálisis*. Paidós.
- Rubinstein, M. A. (1997). Donald W. Winnicott. En Medina Eguía, R. D. (comp.), *Divergencias en la unidad, una introducción a los desarrollos psicoanalíticos después de Freud* (pp.173-193). Lumen.
- Russo de Sánchez, A. R. & Galindo Madero, J. I. (2013). *Psicoterapia infantil: la metáfora como técnica de devolución*. Editorial Universidad del Norte.
- Safranski, R. (2001). *Nietzsche. Biografía de su pensamiento*. Tusquets Editores.
- Sánchez-Barranco Ruiz, A. & Vallejo Orellana, R. (2004). Melanie Klein la princesa que creó su propio reino. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (91), 117-136. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000300008&lng=es&tlng=en
- Schmukler, D. (1997). Estructura fronteriza de la personalidad. En S. Abadi (comp.) *Desarrollos postfreudianos: Escuelas y autores* (pp. 141-149). Editorial de Belgrano.
- Segal, H. (1977). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Paidós.

- Siquier de Ocampo, M. L., García Arzeno, M. E. & Grassano, E. (1997). *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*. Nueva Visión.
- Sullivan, H. S. (1979). *La entrevista psiquiátrica*. Editorial Psique.
- Thomä, H. & Kächele, H. (1989). *Teoría y práctica del psicoanálisis. I Fundamentos*. Herder.
- Vanegas Osorio, H. (2011, 19, 20 y 21 de mayo). *Sistema Categorical de la Psicología Dinámica* [ponencia]. VI Congreso Latinoamericano “Psicoanálisis, una experiencia de fronteras”, Buenos Aires.
- Velasco Fraile, R. (2009). ¿Qué es el psicoanálisis relacional? *Clinica e investigación relacional. Revista electrónica de psicoterapia*, 3(1), 58-67.
- Vélez Gómez, P., Loaiza Tangarife, D. M., Restrepo Ochoa, D. A., Botero Tobón, M. E. & Vélez Londoño, M. (2010). El juguete como sostén de representaciones en la relación terapéutica: construcciones a partir de la experiencia de psicoterapeutas. *Revista CES Psicología*, 3(2), 4-17. <https://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/1207>
- Winnicott, D. W. (2002). *Realidad y Juego*. Gedisa.
- Winnicott, D. W. (2014). *La familia y el desarrollo del individuo*. Ediciones Horme.
- Zagerman, P. (dir.) (2011). *Introducción al Psicoanálisis por el Catedrático y Doctor en Medicina Otto F. Kernberg* [película]. Youtube. Ahirus. <https://www.youtube.com/watch?v=IGQTM3osVUk>



Este texto hace un recorrido por el origen de la psicología dinámica desde los postulados freudianos relacionados con la metapsicología hasta los principios de autores postfreudianos que introducen modificaciones a las premisas sobre la construcción y el funcionamiento psíquico. Se inicia con el estudio de autores clásicos como Heinz Hartmann y su psicología del yo, una de las concepciones teóricas con más fuerza derivada de la relectura freudiana, específicamente de la segunda tópica y de las obras del periodo de la psicología del yo. Se continúa con autores de la escuela inglesa como Melanie Klein, quien le da un viraje significativo a la concepción de lo psíquico y le otorga un papel fundamental a la relación con los objetos, entendidos como los otros humanos que establecen la relación con el infante. Finalmente, se hacen aproximaciones a la clínica derivadas de los postulados de la psicología dinámica, enfatizando en la entrevista clínica, el papel del terapeuta y el uso del juego por parte de los niños en los procesos terapéuticos.