

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DEL PERÚ**

**Escuela de Posgrado**



Variaciones en las capacidades estructurales self - otro de una  
mujer heterosexual violentada por su pareja en un contexto de  
psicoterapia psicoanalítica breve

Tesis para obtener el grado académico de Maestra en Intervención Clínica  
Psicoanalítica que presenta:

***Daniela del Carmen Bullón Muñoz***

Asesora:

***Doris Julia Argumedo Bustinza***

Lima, 2024


## Informe de Similitud

Yo, Doris Julia Argumedo Bustinza, docente de la Escuela de Posgrado de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesor(a) de la tesis titulada(o) Variaciones en las Capacidades Estructurales Self - Otro de una mujer violentada por su pareja en un contexto de psicoterapia psicoanalítica breve, de la autora Daniela del Carmen Bullón Muñoz, dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 11%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software Turnitin el 30 de julio de 2024.
- He revisado con detalle dicho reporte y la Tesis o Trabajo de investigación, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

Lugar y fecha:

Lima, 17 de octubre de 2024.

|   |   |
|---|---|
| Apellidos y nombres del asesor / de la asesora:<br>Argumedo Bustinza, Doris Julia |   |
| DNI:<br>08274983  | Firma<br> |
| ORCID:<br>0000-0003-4555-2194   |   |

## Resumen

La violencia de pareja íntima heterosexual (VPIH) constituye una problemática multifacética que provoca profundas alteraciones en la estructura psíquica de las víctimas. Estas pueden manifestarse en dificultades para establecer relaciones interpersonales saludables y en la capacidad de diferenciar entre el self y los otros. El abordaje psicoterapéutico desde una perspectiva psicoanalítica puede ofrecer una vía significativa para la recuperación y la reorganización psíquica. Ante esto, la Terapia Dinámica Interpersonal (TDI) (Lemma et al., 2011) es un modelo de intervención breve y focalizado que aborda específicamente las dinámicas interpersonales y las representaciones internas de las relaciones significativas. Sin embargo, la evidencia empírica sobre su efectividad en casos de VPIH es aún limitada. Esta investigación buscó contribuir al campo de la psicoterapia psicoanalítica breve, ofreciendo evidencias empíricas sobre su impacto en las capacidades estructurales de las víctimas. Se utilizó un diseño de caso único sistemático para examinar la fase inicial y final de la intervención TDI. Las representaciones del self y los otros se recogieron utilizando el Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) (Luborsky y Crits-Christoph, 1990), y su reformulación posterior traducida al español CCRT-LU-S (Espinosa & Valdés, 2012). Finalmente, se analizaron las variaciones entre las fases usando el Eje IV del sistema multiaxial de Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado OPD II (Grupo de Trabajo OPD, 2008). Los resultados mostraron que, aunque solo hubo variación en la capacidad de vínculos externos, otras capacidades mantuvieron un nivel de integración medio, mostrando variaciones si se miraban las subcapacidades. Se discuten los cambios en el contexto de trabajo de 12 sesiones en el contexto cultural e idiosincrático de la consultante y/o a posibles limitaciones de este trabajo.

Palabras clave: Violencia de pareja íntima heterosexual (VPIH), Terapia Dinámica Interpersonal (TDI), capacidades estructurales, Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD II), representaciones del self y los otros, salud mental, intervención terapéutica.



## **Abstract**

Intimate partner violence in heterosexual relationships (IPVH) is a multifaceted issue that causes profound disruptions in the victims' psychic structure. These disruptions can manifest in difficulties in establishing healthy interpersonal relationships and differentiating between self and others. Psychotherapeutic treatment from a psychoanalytic perspective can provide a significant avenue for recovery and psychic reorganization. In this context, Interpersonal Dynamic Therapy (IDT) (Lemma et al., 2011) is a brief and focused intervention model that specifically addresses interpersonal dynamics and internal representations of significant relationships. However, empirical evidence on its effectiveness in cases of IPVH is still limited. This research aimed to contribute to the field of brief psychoanalytic psychotherapy by providing empirical evidence on its impact on the structural capacities of victims. A systematic single-case design was used to examine the initial and final phases of the IDT intervention. Representations of self and others were collected using the Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) (Luborsky & Crits-Christoph, 1990), and its later reformulation translated into Spanish CCRT-LU-S (Espinosa & Valdés, 2011). Finally, variations between phases were analyzed using Axis IV of the Operationalized Psychodynamic Diagnostics OPD II multi-axial system (OPD Task Force, 2008). The results showed that, although there was variation only in the capacity for external bonds, other capacities maintained a medium level of integration, showing variations when subcapacities were examined. The changes are discussed in the context of the 12-session work, considering the cultural and idiosyncratic context of the client and/or potential limitations of this work.

**Keywords:** Intimate Partner Violence in Heterosexual Relationships (IPVH), Brief Dynamic Interpersonal Therapy (DIT), structural capacities, Operationalized

Psychodynamic Diagnostics (OPD II), representations of self and others, mental health, therapeutic intervention.



## Índice

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| 1. Introducción .....         | 8  |
| 2. Descripción del caso ..... | 30 |
| 3. Método.....                | 33 |
| 4. Resultados .....           | 43 |
| 5. Discusión .....            | 68 |
| 6. Conclusiones .....         | 91 |
| 7. Referencias .....          | 93 |



## Introducción

La violencia de pareja íntima heterosexual constituye un continuo problema de salud pública, una violación de los derechos humanos de las mujeres (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021) y es una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre ambos géneros (Chiarotti, 2009, como se citó en Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables [MIMP], 2016). De esta forma, la violencia contra las mujeres en el contexto de una relación heterosexual se puede entender como cualquier acción o conducta basada en su género, que cause muerte, daño, sufrimiento físico, sexual o psicológico tanto pública como privadamente (Convención de Belem do Pará, 1994, como se citó en MIMP, 2016). El concepto de género alude a los distintos roles, responsabilidades y atributos que se asignan a hombres y mujeres en la sociedad como producto de una construcción socio cultural respecto de su sexo biológico (MIMP, 2016). Es decir, este concepto ayuda a reflexionar que lo que se cree como natural al sexo de las personas, es en realidad construido a través de las relaciones e imposiciones que se convierten en normas de género.

En el contexto peruano, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2023 (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2023) recoge que el 53,8% de las mujeres alguna vez unidas, de edades entre los 15 a los 49 años, han sufrido algún tipo de violencia por parte del esposo o compañero. Esta cifra, aunque levemente menor que al 54,8% reportado por la misma encuesta en el 2019 (INEI, 2019) refleja una persistencia preocupante de la violencia en sus diversas formas.

Entre las formas de violencia más reportadas, la violencia psicológica y/o verbal predomina con un 49,3%, seguida de la violencia física con un 27,2%, y la violencia sexual con un 6,5% (INEI, 2023). Estos datos subrayan que, a pesar de los esfuerzos y avances en políticas públicas, las mujeres peruanas continúan enfrentando altos niveles

de violencia por sus parejas heterosexuales. Además, la comparación con datos anteriores revela una disminución marginal en la prevalencia general de la violencia de pareja íntima sin mostrar cambios significativos respecto a años anteriores (INEI, 2023), lo que sugiere una necesidad urgente de reforzar y reevaluar las estrategias de intervención.

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos por realizar una gran variedad de acciones preventivas dirigidas a la sensibilización de las comunidades, empoderamiento socioeconómico y desarrollo de capacidades en mujeres (Defensoría del Pueblo, 2021), menor atención se le presta a estudiar las dinámicas de la violencia de hombres hacia sus parejas mujeres y su impacto en la personalidad de las víctimas (Crempien, 2012). Ante esta situación y en lo que respecta al abordaje psicoanalítico en violencia contra las mujeres en el contexto de relaciones íntimas heterosexuales ¿Cómo se comprende esta problemática desde el psicoanálisis? y ¿Es posible trabajar psicoanalíticamente frente al impacto de esta violencia?

Para académicas feministas como Butler, el entendimiento freudiano de la formación de género es contradictoria. Su comprensión es que Freud no describe satisfactoriamente la formación de la identidad de género porque no se desprende por completo de una concepción del género como "natural" (Butler 1990, como se citó en Gullickson, 2000). Gullickson (2000) recoge un pasaje en el cual Freud discute el deseo de un niño por su padre en términos de comportarse como una niña y tener una actitud femenina hacia su padre.

Un estudio más detallado revela generalmente el complejo de Edipo más completo, que es doble, positivo y negativo, y se debe a la bisexualidad presente originalmente en los niños: es decir, un niño no sólo tiene una actitud ambivalente hacia su padre y una elección de objeto afectuosa hacia su madre, sino que al mismo tiempo

también se comporta como una niña y muestra una actitud femenina afectuosa hacia su padre y los celos y hostilidad correspondientes hacia su madre (Freud, 1923, pp.28).

Según Freud, cada niño tiene disposiciones tanto masculinas como femeninas, y la fuerza relativa de estas disposiciones determina con cuál de los padres se identifica el niño, consolidando así su identidad de género (Butler 1990, como se citó en Gullickson, 2000). Butler critica a Freud por no desprenderse completamente de una concepción naturalista del género. Sostiene que la idea de Freud de las disposiciones implica una base natural para el género, que también presupone una norma heterosexual (Gullickson, 2000). La lectura que hace Fridman a la obra freudiana también encuentra algunas características particulares que dan luces del entendimiento del autor de la formación de la identidad de género respecto a los síntomas y la estructura: la fantasía es precursora de síntomas histéricos (1908), el superyó de las mujeres es maternal y arcaico (Freud, 1915), el síntoma histérico es un compromiso entre la necesidad de satisfacción y la de castigo (Freud, 1926), la culpa masoquista es una modalidad de insatisfacción femenina (Freud, 1932) (Freud 1932, como se citó en Fridman, 2011). Para Wittig, lo problemático de este tipo de discursos es que no solo construyen sistemas de pensamiento enteros basados en una noción heterosexual del humano, pero además que al hacerlo naturalizan y legitiman la opresión (Wittig 1992, como se citó en Karhu 2016).

Butler (1990) critica la explicación de Freud sobre cómo los niños renuncian a sus deseos sexuales por sus padres, considerándola insuficiente y poco clara. Butler sugiere que la presión social, en lugar de las disposiciones innatas, influye en la identificación de género (Gullickson, 2000). De esta manera, utiliza la teoría de Freud sobre la melancolía para explicar cómo los niños internalizan a uno de los padres para hacer frente a esta pérdida, proponiendo que los niños se identifican con sus padres debido al miedo social a la feminización asociada con la homosexualidad masculina. Rechaza la idea de

disposiciones innatas y sugiere que se trata de una "castración social" (Butler 1990, como se citó Gullickson, 2000).

Para Butler, el objetivo debe ser encontrar una salida al círculo de la violencia reconociendo que la agresión es co-extensiva (no innata) con el ser humano. Por lo tanto, la práctica de la no violencia debe convertirse, además de en una crítica de las normas, en una lucha contra la tendencia de la agresión a manifestarse como violencia. Para Karhu (2016), la táctica de Butler (1990) cumple un objetivo teórico crucial: conceptualizar las categorías de sexo y género, así como el discurso de la heterosexualidad como normas para destacar la posibilidad de cambio como una dimensión intrínseca de las relaciones sociales de poder. Esta perspectiva se alinea con la de Segato (2003), quien menciona que la dimensión violenta es inherente a la propia dinámica tradicional de género, prácticamente inseparable de la estructura misma, jerárquica, de esta relación. Por eso, la violencia contra las mujeres es percibida casi como normal y resulta tan difícil de erradicar, ya que el género asigna de manera rígida estas características masculinas y femeninas y establece sanciones sociales para quienes no las cumplen.

Nancy Chodorow (1989) propone una teoría psicoanalítica relacional de la violencia de pareja en la que se destaca la relevancia de comprender el fenómeno en términos de poder y control. La autora sostiene que la violencia de pareja no es solamente el resultado de características personales de los agresores o las víctimas, sino que se produce en el contexto de la socialización del género que deriva en relaciones complejas de desigualdad de poder y control, lo cual puede ser reforzado por expectativas culturales y de género.

De manera similar, pero con especial foco en la dinámica relacional entre las víctimas y los agresores, Benjamin (1980) sostiene que la violencia en las relaciones de pareja heterosexual se produce en el contexto de mantener dinámicas de poder y control,

en la que uno de los miembros busca dominar al otro. La autora argumenta que el agresor utiliza la violencia para controlar a la víctima, mantener su posición de poder y la sumisión de la víctima en la relación. Además, refiere que este fenómeno se produce en un contexto social y cultural más amplio, en el que las expectativas y normas de género también pueden contribuir a que la víctima se sienta atrapada en la dinámica.

Para Benjamin, la agresividad está en el origen de la subjetividad humana y, desde su mirada intersubjetiva, el choque de dos voluntades es inherente a toda relación entre sujetos. Este choque perpetúa la consideración del otro como objeto en lugar de sujeto, especialmente en el maltratador, debido a la incorporación de valores de género hipermasculinos y la dificultad de establecer un proceso de individuación. Por esta razón la autora menciona que la empatía y el reconocimiento mutuo son fundamentales para romper con estas dinámicas, pero reconoce que estos elementos no son soluciones simples. Requieren un esfuerzo consciente para superar la internalización de normas de género y la tendencia a mantener la simbiosis con el objeto, cuya pérdida se percibe como una devaluación narcisista insoportable (López, 2001).

Desafortunadamente, aún es poco claro de qué manera detener la violencia de pareja una vez que esta inicia y, más aún, reparar sus efectos en el psiquismo de las víctimas. La evidencia indica que a pesar de que muchas mujeres intentan dejar a sus parejas abusivas, muchas de ellas retornan a la relación violenta (Griffing et al., 2005). En Perú, según datos del estudio epidemiológico del Instituto Nacional de Salud Mental (2016), cuatro de cada diez mujeres menciona que reiniciaría relaciones con su agresor si tuviera la posibilidad de volver el tiempo atrás. En ese sentido, la decisión de acabar la relación con una persona que violenta, más allá de ser obvia, resulta extremadamente difícil (Griffing et al., 2005), y guarda relación con que el abordaje terapéutico dirigido a la eliminación de los síntomas de malestar mental en las víctimas es insuficiente

(Schottenbauer et al., 2008). En ese sentido, la presente investigación propone que lo que se presenta en casos de violencia de pareja íntima heterosexual no son solo síntomas de malestar mental o conflictos intrapsíquicos, sino también las consecuencias de dinámicas relacionales traumáticas que generan impactos en el funcionamiento estructural de estas mujeres (Crempien, 2012).

Cuando nos referimos al funcionamiento estructural, es importante mencionar que el concepto psicoanalítico de estructura ha evolucionado a lo largo del tiempo. Desde el modelo intrapsíquico, la comprensión inicial freudiana de la estructuración del psiquismo aludía a un sistema compuesto por tres instancias interconectadas: el inconsciente, el preconscious y el consciente (Freud, 1989). Para el autor, a diferencia de la psicología que no diferenciaba el funcionamiento de la conciencia y la actividad psíquica, la conciencia era sólo una parte del funcionamiento y gran parte de esta se origina en el inconsciente. El preconscious modificaría aquello que viene del inconsciente de forma que pueda admitirse en la conciencia. Más tarde, en su obra el “El Yo y el Ello” (1923), Freud integró y organizó este funcionamiento mediante un sistema de relaciones entre lo que él llamó el Yo, Ello y Superyó (Freud, 1923). Este sistema se le denomina modelo topográfico de las relaciones estructurales de la personalidad.

Ahora bien, para entrelazar lo inconsciente, lo pre-conscious y lo consciente con la 2da tópica de Freud (1923), se aclara que el Yo y lo consciente no son iguales, ni tampoco lo son lo reprimido y el inconsciente. Lo reprimido sería solo una parte del Ello que está separado del Yo por la represión, pero puede comunicarse con el Yo a través del Ello. El Ello no evidencia ningún destino exterior si no es por medio de Yo, que subroga ante él al mundo exterior. Además, Laplanche y Pontalis (1999) dirán que el Ello tiene un aspecto caótico y que se caracteriza porque las pulsiones contradictorias coexisten sin suprimirse mutuamente. En la segunda tópica el Yo ya no solo sirve para distinguir el

paso de aspectos inconscientes o preconcientes a la consciencia, ahora el Yo también presentará su origen y contendrá su historia en las identificaciones e introyecciones de objeto (Freud, 1923). Libidinoso al Yo, a través de los otros significativos, será el camino para que el narcisismo se construya, trasponiendo libido objetal en libido narcisista (Freud, 1923). Como se comentó anteriormente, estas identificaciones tendrán su camino diferenciado tanto para el niño como para la niña haciendo una alusión heterosexual universal (Gullickson, 2000). Además, estas primeras identificaciones, más la progresiva internacionalización de las prohibiciones y exigencias de los objetos reales, devendrá en el Superyó tras el sepultamiento del Complejo de Edipo (Freud, 1923). De esta manera, el Yo, quien es representante de la realidad y de las elecciones de objeto, estaría sometido tanto a las exigencias del Ello, de la realidad y de los imperativos del Superyó (Freud, 1923). El Superyó también es en gran parte inconsciente, proviene de las primeras identificaciones de objeto y se hace responsable de la conciencia moral y el sometimiento ante la culpa inconsciente (Freud, 1923). Surge tras la renuncia de los deseos edípicos y la posterior identificación con las prohibiciones y exigencias parentales. Aunque para la niña, dice Freud (1923) falta el motivo para la destrucción del complejo de Edipo, este puede ser abandonado lentamente o eliminado mediante la represión, o sus efectos pueden persistir hasta bien entrada la vida mental normal de la mujer (Freud, 1923).

Desde una perspectiva pos freudiana, la obra de Melanie Klein se basa en la herencia de Abraham, y utiliza las etapas de este último para su comprensión del funcionamiento estructural. Para la autora las dos posiciones estructurales principales, la esquizoparanoide y la depresiva, distribuyen el posicionamiento en donde se originaría la esquizofrenia, la paranoia, la manía, la melancolía, las obsesiones, las fobias y la histeria (Soengas et al., 2013).

Por un lado, como caracteriza Symington (1993), la posición esquizo-paranoide se caracteriza por utilizar los mecanismos de identificación proyectiva, proyección y escisión de objetos. Además, en esta posición tanto el niño como la niña se defiende escindiendo los objetos buenos y malos, y proyectando los aspectos malos fuera de sí a causa de experimentar la ansiedad persecutoria. La identificación proyectiva permite que el niño se deshaga de los aspectos “malos del self” y proyectarlos en un objeto externo (Symington, 1993). Además, Klein enfatiza en que las ansiedades tempranas inciden de manera determinante en cómo se desarrolla el complejo de Edipo. Tanto la niña como el niño comienzan su complejo de Edipo a partir de su relación con el pecho materno (Arias, 2020). Sin embargo, la autora plantea que las niñas tienen un conocimiento inconsciente de su cuerpo y tienen el potencial de albergar bebés, lo cual consideran su posesión más valiosa, a diferencia de los niños, que pueden confiar en su potencia por la posesión del pene y compararlo con el de su padre (Arias, 2020).

Por otro lado, según Symington (1993), la posición depresiva se distingue por permitir la integración de objetos y la internalización de la ambivalencia. En esta posición el niño o la niña se preocupa por el objeto que ha perdido o dañado a causa de que experimenta una ansiedad depresiva. Además, para el autor la reparación o preocupación por el otro, así como el reconocimiento de que los objetos tienen una realidad independiente, es lo que da lugar a la integración objetal. Klein, según Arias (2020), habría construido un modelo teórico en el que conceptualizó a la mujer como diferente al varón, pero no en desventaja. Arias (2020) menciona que Klein considera relevante para la maduración sexual de las mujeres, situaciones específicamente femeninas y que la autora realiza aportes que podrían ser herramientas útiles para repensar la feminidad.

Kernberg (1987) es otro autor psicoanalítico relevante en el desarrollo del concepto de estructura. Utilizó el término análisis estructural para describir la relación

entre las derivaciones estructurales de las relaciones objetales interiorizadas y los diversos niveles de organización del funcionamiento mental. Para Kernberg (1985), las relaciones objetales interiorizadas constituyen subestructuras del yo organizadas jerárquicamente en tres estructuras amplias: la organización neurótica, la organización limítrofe y la organización psicótica. En cuanto a la elección de objeto erótico, Kernberg (1998) explica que ésta, ya sea hacia un objeto homosexual o heterosexual, está influenciada por una variedad de factores complejos y no totalmente comprendidos, mayor parte debido al tabú contra la investigación de la sexualidad infantil y a las influencias ideológicas sobre la etiología y la percepción de la homosexualidad como normal o patológica (Kernberg, 2000). Una organización neurótica, según Kernberg, se caracteriza por la integración de la identidad, manifestaciones de un yo fuerte, como la tolerancia a la ansiedad, el control de los impulsos y el uso de defensas neuróticas como la represión o la sublimación. Además, personas con esta estructura preservan el principio de realidad. El superyó está integrado, pero con cierta rigidez (intransigencia), lo cual en ocasiones puede llevar a dificultades para hacer frente a las exigencias del mundo real.

En cuanto a las relaciones objetales, presentan alta dependencia de apoyo, amor y aceptación por parte del otro, y suelen tener dificultades para expresar la agresión (Kernberg, 1985). La organización límite se caracteriza por la difusión de la identidad, lo que significa que la persona tiene dificultades para mantener una imagen clara y estable de sí. Además, se recurren a defensas primitivas como la negación o la proyección. Aunque el principio de realidad está conservado, pueden existir algunas alteraciones, especialmente en las relaciones de intimidad. La patología del superyó se manifiesta en una pérdida de la vergüenza y la culpa. En cuanto a las relaciones objetales, estas pueden ser de tipo narcisistas, caóticas y no diferenciadas, o rígidas y desconectadas., por lo que las personas con estas organizaciones suelen tener dificultades en el establecimiento y

mantenimiento de relaciones saludables y estables (Kernberg, 1985). Finalmente, la estructura psicótica se caracteriza por la difusión de la identidad, con una indiferenciación entre el yo y el no yo, así como la incapacidad para distinguir el origen intrapsíquico o externo de los estímulos. Se utilizan defensas primitivas como la negación psicótica, la identificación proyectiva primitiva y la disociación. Además, el sentido de la realidad está comprometido, con ideas delirantes o alucinaciones, y la persona no mantiene criterios sociales de la realidad consensual. Las relaciones objetales se caracterizan por la falta de capacidad para la integración y la diferenciación entre el mundo interno y el externo (Kernberg, 1985). De esta forma Kernberg describe la organización del funcionamiento mental y su relación con los objetos para darle utilidad clínico-terapéutica.

Posteriormente, las comprensiones psicoanalíticas contemporáneas sobre el concepto de estructura integran definiciones previas y entienden el funcionamiento estructural como la interacción dinámica de procesos psicológicos que, aunque adaptativos en su origen, pueden volverse disfuncionales dependiendo del contexto relacional (Westen et al., 2006). Es decir, estos procesos pueden estar más o menos integrados y disponibles para la persona según las circunstancias y requerimientos de la vida (Westen et al., 2006).

El Grupo de Trabajo OPD (2008), el cual trabaja el concepto de estructura en la actualidad, se distancia de los aspectos metapsicológicos para enfocarse en lo observable, definiendo la estructura como una organización evolutiva de funciones interdependientes que permiten al individuo manejar experiencias externas e internas. Estas funciones o capacidades pueden integrarse, estar disponibles o ser vulneradas en diferentes circunstancias de la vida, y aunque los cambios sean lentos facilitan la adaptación y la regulación del estrés emocional. Esta comprensión de la estructura facilita la identificación de recursos y obstáculos internos y externos influenciados por las

dinámicas de poder y género en el contexto de la violencia de pareja íntima heterosexual contra la mujer (Crempien, 2012).

Para el Grupo de Trabajo OPD (2008) las cuatro funciones estructurales básicas serían las siguientes: (1) Percepción/Cognición, del yo y de los objetos; (2) Regulación, del yo y de las relaciones; (3) Comunicación, con el mundo interno y externo y (4) Vinculación, a objetos internos y externos. Estas cuatro funciones siempre se diferencian en sus capacidades en relación al self y en relación a los objetos. De esta manera la función de percepción se refiere a la capacidad de percibirse auto reflexivamente, así como la capacidad de referir al otro en forma total y realista. La función de manejo hace referencia a la capacidad de regular los propios impulsos, afectos y autoestima, así como a la capacidad de regular la relación con el otro. La función de comunicación refiere a la capacidad de comunicarse internamente a través de los afectos y fantasías, así como a la capacidad de comunicarse con los otros. Finalmente, la función de vínculo hace referencia a la capacidad de utilizar objetos buenos internos para la autorregulación, así como a la capacidad de vincularse y separarse (OPD Task Force, 2008).

Las cuatro capacidades mencionadas se pueden caracterizar a partir de cuatro niveles de integración. El nivel de integración alto se caracteriza por ofrecer un espacio interno para percibir las vivencias psíquicas de manera diferenciada; y por permitir la creación de conflictos intrapsíquicos, es decir, entre necesidades o entre impulsos y normas. Aquí la angustia central es la pérdida de amor del objeto.

El nivel de integración medio se caracteriza por el mantenimiento de la disponibilidad de capacidades ya descritas, pero de manera reducida; y por permitir la creación de conflictos intrapsíquicos, pero con impulsos inconscientes más destructivos e ideales más rígidos. Aquí la angustia es acerca de la pérdida o separación del objeto, así como a la angustia a los fuertes impulsos propios (OPD Task Force, 2008).

El nivel de integración bajo se caracteriza por capacidades regulatorias notoriamente reducidas ya sea en forma de déficit de desarrollo (permanente) o en forma de vulnerabilidad estructural (se repite en situaciones de estrés); y por la presencia de conflictos interpersonales en lugar de intrapsíquicos con un súper yo disociado. En este nivel la angustia corresponde a la destrucción del self por el objeto malo o por la pérdida del objeto bueno.

Finalmente, el nivel desintegrado se caracteriza por una restitución de la coherencia por formas de organización psicóticas, postraumáticas, perversas u otras; y por la confusión entre el self y los objetos, así como la no percepción de la responsabilidad en los propios actos impulsivos. En este nivel la angustia es acerca de la pérdida del yo y de la disolución del self (OPD Task Force, 2008).

Crempien (2012) realiza una tesis doctoral y posteriores artículos donde analiza las funciones estructurales en mujeres víctimas de violencia de pareja íntima heterosexual. Por esta razón será considerada como una referencia significativa a nivel empírico para esta investigación. La autora señala que existen pocos estudios empíricos sobre las capacidades del self y sus alteraciones, lo cual se ha atribuido en parte a la complejidad de estos constructos y su operacionalización, así como a la falta de instrumentos estandarizados para evaluarlos (Briere & Rickards, 2007). Asimismo, son escasas las investigaciones que abordan la relación entre diferentes tipos de victimización y su impacto en el desarrollo o funcionamiento de las capacidades del self. En particular, hay poca atención en la asociación entre las diversas experiencias adversas en las relaciones (ya sea en la infancia o en la adultez) y las alteraciones de diferentes funciones del self (Briere & Rickards, 2007; Messman-Moore, Brown & Koelsch, 2005). Sin embargo, se ha encontrado que las vulnerabilidades a nivel estructural a menudo surgen

cuando la estructura aún está en desarrollo y no ha alcanzado la estabilidad suficiente (OPD Task Force, 2008).

En la investigación de Crempien (2012), se observa que la mayoría de las mujeres víctimas de violencia de pareja íntima presentan antecedentes de abuso infantil. Este hallazgo es consistente con estudios previos que señalan una asociación directa entre la violencia sexual en la infancia y la vulnerabilidad de las capacidades estructurales del self en estas mujeres (Herman, 2002; Briere y Jordan, 2004; Pontificia Universidad Católica de Chile, 2006, 2004; Messmann-Moore et al., 2005). Las investigaciones indican un mayor deterioro global de la estructura psíquica cuando la violencia sexual infantil es más grave. Crempien (2012) encontró que las mujeres víctimas de violencia sexual presentan una mayor vulnerabilidad en la integración de su funcionamiento estructural en comparación con las víctimas de otros tipos de violencia. Para la autora, la violencia sexual, a menudo acompañada de violencia psicológica y física, resulta en una acumulación de traumas múltiples. Esto se traduce en una mayor disfunción en la percepción de sí mismas, la percepción del otro y la autorregulación tal y como lo entiende el OPD. La alteración de estas funciones explicaría la autodevaluación, la indefensión y la experiencia interna del otro con gran poder.

En la misma línea, investigaciones que se centran en estudiar el vínculo traumático en la misma población, enfatizan que la constancia y acumulación de las experiencias de abuso, en el contexto de una relación de subordinación y sometimiento, vulneran la función estructural de establecer contacto afectivo con los otros, diferenciar sus afectos, la autorregulación y la regulación de sus relaciones, dando lugar al aislamiento, desesperanza, indefensión o justificación (Mucci, 2017; Lahav, 2023). O también, en orden de regular la experiencia interna y la relación con el otro, ocurren en las víctimas fenómenos como la somatización o disociación (Van der Hart et al., 2005; Briere y

Spinazzola (2005). Si bien estas investigaciones no utilizan el OPD comparten definiciones similares de las funciones estructurales.

Both et al. (2019) quienes estudian las funciones estructurales de las mujeres víctimas de violencia de pareja íntima heterosexual según el OPD-2 encontraron que las mujeres tendían a permanecer en la relación a pesar de la violencia, lo que las dejaba vulnerables y con miedo al abandono y percibían a sus parejas como controladoras, agresivas y ofensivas. Además, encontraron que las mujeres utilizaban mecanismos defensivos para lidiar con la incomodidad en sus relaciones. Estos resultados hacen referencia principalmente a las funciones estructurales del eje IV. En este caso, los resultados indican que las mujeres presentaban dificultades en la regulación emocional, en la percepción de sí mismas y de sus parejas, y en el reconocimiento de sus propias necesidades. Lo mencionado corresponde a una organización estructural más desintegrada, con dificultades en la regulación emocional, inflexibilidad emocional, representaciones internas negativas y dificultades en la diferenciación entre el self y el objeto.

Además, Both et al. (2019) observaron patrones disfuncionales en las relaciones interpersonales de las mujeres, lo que contribuía a su vulnerabilidad y su permanencia en la relación violenta. Estos resultados refieren a los patrones relacionales del eje II del OPD-2. Los resultados muestran que las mujeres víctimas de violencia percibían a sus parejas como controladoras, agresivas y ofensivas, y mostraban patrones de sumisión y dependencia en la relación. En lo mencionado los autores identifican varios ejes de conflicto, como la lucha entre la autonomía y la dependencia, la necesidad de cuidado frente a la autosuficiencia, y la sumisión frente al control. Además, se mencionan conflictos relacionados con la autoestima, la culpa, el complejo de Edipo y la identidad.

De esta manera, Both et al. (2019) plantean una relación entre los conflictos internos de las mujeres víctimas y la estructura de su funcionamiento psicológico, lo que puede influir en su vulnerabilidad ante la violencia y en la perpetuación del ciclo de victimización. La investigación reporta que dado a que las mujeres víctimas de violencia de pareja íntima heterosexual presentan conflictos internos significativos junto con una estructura psicológica desintegrada, resolver estos conflictos puede ser un proceso complejo y desafiante. En concreto, puede dificultar la capacidad de las mujeres para identificar, procesar y superar estos conflictos de manera efectiva. Ante la complejidad del fenómeno, Crempien (2012) propone hablar de traumatización relacional compleja, ya que el concepto alude al carácter procedimental del fenómeno de violencia sistemática en una relación significativa, cuya característica es la permanencia en la dinámica relacional abusiva que atrapa tanto a víctimas y agresores en el circuito traumatizante de la violencia relacional.

Asimismo, Condino et al. (2022), quienes investigan con mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja heterosexual, refieren a que la capacidad de mentalización parece proteger contra el desarrollo de psicopatología cuando se ha experimentado abuso o negligencia en la infancia. Específicamente, tanto los perpetradores como las víctimas de violencia de pareja íntima pueden asumir posiciones pre-mentalísticas como la certeza excesiva, el pensamiento concreto, el pensamiento teleológico y la pseudo-mentalización intrusiva. Se sugiere que la exposición prolongada a múltiples formas de maltrato puede ser un aspecto central de la victimización en la edad adulta, respaldando la posibilidad de la transmisión intergeneracional del maltrato.

Además, Condino et al. (2022) encontraron diferencias significativas en la función reflexiva (FR) según los estilos de apego de las mujeres. En su estudio, las mujeres con estilos de apego organizados mostraron puntajes promedio de FR más altos en

comparación con aquellas con estilos de apego desorganizados. Aunque el apego desorganizado se asocia generalmente con una menor FR, la presencia de polivictimización no necesariamente indica un mal funcionamiento reflexivo. De hecho, en la muestra analizada, un mayor número de experiencias traumáticas se asoció con una mejor FR. Esto sugiere que algunas mujeres, a pesar de haber experimentado múltiples formas de trauma, desarrollaron habilidades de mentalización sólidas que les permitieron hacer frente a sus experiencias negativas.

Condino et al. (2022) plantean que estas habilidades de mentalización podrían haber sido adquiridas a través de experiencias de cuidado positivas en el pasado, generalmente asociadas con un apego seguro. Además, sugieren que la capacidad de mentalización actúa como un factor moderador en la relación entre las experiencias traumáticas tempranas y los desarrollos posteriores. Por lo tanto, es posible que algunas mujeres hayan utilizado sus habilidades de mentalización para afrontar sus experiencias negativas, posiblemente facilitadas por su trabajo terapéutico (Condino et al., 2022).

Crempien (2012), a comparación de Condino et al. (2022), reportó varios hallazgos interesantes sobre los conceptos de cambio y las condiciones socioeconómicas. Las mujeres con menores ingresos económicos presentan menores expectativas de resolver el problema a través de medidas externas, lo que puede deberse a un menor conocimiento o acceso a redes de apoyo social y a una menor confianza en la respuesta del entorno, en comparación con las mujeres con mayores ingresos. Además, la autora encontró que una ideología de roles sexuales más conservadora, que atribuye mayor estatus y poder al hombre en la pareja, estaba directamente asociada con un menor nivel de ingresos en las participantes. Aunque esta variable no estaba asociada a la severidad de la violencia, es relevante porque la modificación de creencias culturales que han legitimado y fomentado la violencia de pareja es un elemento central tanto en la

intervención como en la prevención de la violencia de pareja íntima heterosexual (Crempien, 2012).

Asimismo, la condición de no vivir en pareja se relaciona con una mejor capacidad para regular su relación con el otro, manteniendo un equilibrio adecuado entre las necesidades propias y las del otro (Crempien, 2012). La autora refiere que la capacidad de vivir sin el agresor puede facilitar el desarrollo de una mejor autorregulación y protección de los propios intereses. La distancia física del agresor parece permitir a las mujeres distanciarse emocionalmente de la relación y cuidar tanto de sus propias necesidades como de las de los demás, lo que puede contribuir a un mejor funcionamiento estructural.

Ante esto, los estudios en psicoanálisis con aportes de teóricas de género mencionan que el contexto relacional en el que crecen las víctimas de violencia de pareja es fundamental para su subsistencia y humanización (Meler, 2002) y para la construcción de una subjetividad en relación con el sistema sexo/género (Rubin, 1975). Según Rubin (1996), "un sistema sexo/género es un conjunto de acuerdos por el cual la sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana y en las cuales estas necesidades sexuales transformadas, son satisfechas" (p. 44). En este contexto, por ejemplo, las mujeres serían colocadas en un lugar de subalternidad frente al hombre dando lugar a diversas formas de violencia (Giberti, 2005). Este contexto iría configurando las instancias del aparato psíquico, las defensas predominantes, las particularidades del deseo y la elección de objeto (Meler, 2002). Lejos de hablar de una psicosexualidad femenina, una feminidad primaria basada en el conocimiento inconsciente de los genitales, una agresividad femenina o un deseo hostil de las mujeres, se debe recordar que no existe acceso al cuerpo si no es a través de la imagen de los otros significativos, el vínculo con ellos y su discurso (Buin et al., 1987).

A lo mencionado se añade lo desafiante que es el trabajo con esta población. Fridman (2019) menciona que cuando los profesionales se encuentran con las víctimas pueden sufrir una tensión entre la imagen idealizada de los discursos teórico/ideológicos y la desilusión que surge cuando se confrontan con personas reales. Además, la autora menciona que las complejas intersecciones que enfrentan las personas que buscan ayuda en esta situación (debido a su género, etnia, nivel socioeconómico, historia personal, apoyo o falta de políticas públicas, etc.) pueden generar en los profesionales intervinientes una sensación de profundo desaliento, ya que el cambio para salir de la situación violenta no ocurre con la rapidez deseada (Fridman, 2019). Desde la investigación sobre la contratransferencia también se reconoce que las víctimas de violencia suelen considerarse pacientes difíciles debido a los fuertes sentimientos contra transferenciales de frustración que se pueden experimentar durante la terapia y el sufrimiento psíquico que implica tratarlas (Eizirik, 2006).

Todo lo mencionado implica que estas mujeres son víctimas, y al mismo tiempo, generan en la contratransferencia sentimientos intensos como la ira, impotencia y miedo, que pueden impactar en el proceso terapéutico si no son bien manejados (Fração y Barcellos, 2020). De esta manera, la oportunidad de examinar los procesos psicoterapéuticos en términos de cambios es relevante en tanto facilita enfrentar cualquier tipo de idealización romántica y observar cuáles son los cambios que se pueden alcanzar (McCarthy et al., 2011). Además, al trabajo con mujeres víctimas de violencia de pareja íntima heterosexual se le suma la mirada prejuiciosa que tiene la sociedad sobre ellas que se expresa a través de los medios de comunicación o las decisiones de los juzgados, en términos de si son buenas o malas, calificando su situación a través de sus acciones o vida privada o culpabilizándolas por su situación, dejando en entredicho el merecimiento de la inversión, la necesidad, la urgencia o el cuidado para la atención (Fridman, 2019).

En definitiva, la amplitud y diversidad en que la violencia puede expresarse exige una comprensión relacional del fenómeno que comprenda a las estructuras vulneradas por las relaciones de poder que se manifiestan a través del género (Crempien, 2012; Both et al., 2019). De esta forma, dado que las consultantes se puedan encontrar en un proceso de atención institucional cuyo objetivo pueda ser la separación de la pareja, la atención psicoanalítica participa desde el reconocimiento de la violencia como una dinámica interpersonal. De esta forma, valorar los cambios estructurales, los obstáculos y recursos internos, reconoce el sufrimiento de la traumatización relacional compleja experimentada y fortalece la capacidad de toma de decisiones de las víctimas (McCarthy et al., Crempien, 2012, 2011; Both et al., 2019).

En específico, Condino et al. (2022) resaltan que fortalecer la capacidad de mentalización puede moderar el impacto de las experiencias traumáticas y la psicopatología posterior en mujeres víctimas de violencia de pareja íntima heterosexual. Además, Both et al. (2019) señalan la prevalencia de patrones disfuncionales en las relaciones interpersonales de estas mujeres, destacando la necesidad de intervenciones psicodinámicas para fomentar relaciones más saludables y equitativas. Por otro lado, Crempien (2012) subraya cómo factores culturales y sociales, como las ideologías de género y las condiciones socioeconómicas, influyen significativamente en la vulnerabilidad de las mujeres ante la violencia de pareja íntima. Estos hallazgos indican que las intervenciones deben abordar de manera crítica estos contextos para desnaturalizar los roles y estereotipos de género, promoviendo así un entorno más seguro y equitativo para las víctimas.

El enfoque psicoanalítico no sólo puede promover un cambio significativo en el ciclo de violencia, sino también señalar mejores dinámicas de los servicios y políticas públicas para la atención de estas mujeres, integrando sus necesidades clínicas,

psicosociales y legales (Both et al., 2020). Asimismo, es importante no dejar de lado la constante deconstrucción de los patrones culturales y sociales instituidos en relación al género que autorizan y naturalizan la violencia contra las mujeres, que incluso la labor terapéutica en casos de violencia pueda reproducir (Sue y Capodilupo, 2007).

En este contexto, la psicoterapia psicodinámica breve es una intervención que apunta a abordar los mecanismos específicos que sustentan la problemática en cuestión (De la Parra, 2018). En específico, la Terapia Dinámica Interpersonal Breve (DIT, por sus siglas en inglés) procura optimizar el ajuste operacional entre el enfoque psicodinámico y la centralidad atribuida a la reducción de síntomas, sin comprometer su tradición teórica ni sus mecanismos específicos de acción terapéutica (De la Parra, 2018). Su duración es de dieciséis sesiones, con un formato de protocolo semiestructurado, que fue desarrollada en Reino Unido como una alternativa adicional a otras terapias validadas para el tratamiento de la depresión y ansiedad en el ámbito de la salud pública (Sánchez, 2018). Para ello, se basa en la naturaleza social de la subjetividad individual, la importancia de los vínculos como bloques de construcción de la mente y como contexto de desarrollo de capacidades. Además, se basa en la influencia de las representaciones internalizadas del self y el otro sobre el funcionamiento interpersonal presente y la importancia de la capacidad de mentalizar las experiencias sin la cual el individuo es más vulnerable a formas evolutivamente más tempranas de vivenciar la realidad internas, socavando su capacidad para resolver las dificultades interpersonales (De la Parra, 2018). Respecto al cambio, esta intervención de dieciséis sesiones, más que lograr una variación observable en las relaciones, pone en marcha un proceso de comprensión o de trabajo encaminado al logro de un cambio (Lemma et al., 2018).

Una investigación que estudia las variaciones en las capacidades estructurales con terapias psicoanalíticas de corta duración (21 sesiones), cuyas participantes víctimas de

violencia de pareja íntima heterosexual reportaban problemáticas centradas en la separación, mostraron progresiones en relación al nivel de integración de los focos (Dagnino et al., 2014). Además, se destaca la presencia de niveles altos de integración (Dagnino et al., 2014), usualmente adjudicados a terapias de larga duración (Grande et al., 2004). De forma similar, una tesis de maestría en intervención clínica psicoanalítica, que apunta a estudiar el cambio en las capacidades del self en una mujer heterosexual que no es víctima de VPIH y que utiliza el DIT, reporta cambios en subcapacidades más que en el funcionamiento global. Específicamente, las capacidades cognitivas, de manejo y emocionales muestran variaciones hacia una mayor jerarquía de integración a nivel global, pero no las capacidades de vincularse (Díaz, 2021).

La presente investigación adopta la postura de que buscar cambios estructurales en una psicoterapia de corta duración puede ir más allá del trabajo sobre los síntomas. Según Lepper et al. (2009), estos cambios pueden ser más generalizados y/o permanentes en la vida de la persona, yendo más allá del área sintomática. Lemma et al. (2010) explican que las variaciones que pueda lograr el modelo terapéutico del DIT en relación a su vínculo con la interacción afectiva de la temprana infancia permiten la adquisición de las funciones estructurales a través de la interacción terapéutica.

A pesar de que el trabajo sobre el cambio pone a prueba el equilibrio del paciente, lo que sugiere que el proceso sería gradual e irregular (Hayes et al., 2007), se debe considerar el aspecto cultural de las relaciones desde la definición de las configuraciones relacionales (Mitchell, 2000). Dado esto, las representaciones del self y de los otros (personas/cultura) son las unidades de análisis en las cuales se describirán las capacidades estructurales y sus movimientos al finalizar las sesiones. Para lograr este análisis, la presente investigación utilizará el marco conceptual del psicoanálisis relacional, pues permite comprender la puesta en marcha de los cambios y su alcance en la detención del

ciclo de violencia (Crempien, 2012). Por ende, el objetivo de la presente investigación es examinar los cambios en las capacidades estructurales de una mujer heterosexual violentada por su pareja tras un proceso de psicoterapia psicoanalítica breve. Para llevar a cabo este objetivo se plantea analizar la fase inicial y la fase final de un modelo de intervención psicoanalítica breve llamado Terapia Dinámica Interpersonal (Lemma et al., 2011) mediante un diseño de caso único sistemático (Kächele, Schachter y Thomä, 2009). Para lograrlo se recogerán las representaciones del self y los otros usando el Differentiation - Relatedness Scale (Diamond et al., 1991) y se analizarán sus variaciones entre fases usando el Eje IV del sistema multiaxial de Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado OPD II (Grupo de Trabajo OPD, 2008).



## Descripción del caso

A continuación, se presenta la caracterización del caso de Muriel. Esta caracterización se recoge del banco de datos del Grupo de Investigación en Psicoanálisis de la PUCP.

La consultante, Muriel, es una mujer heterosexual de 35 años, nacida en la zona rural de la Sierra Norte del Perú. Luego de culminar sus estudios secundarios en dicha comunidad, viaja a Lima con 18 años de edad y ahí reside desde entonces. En la actualidad, Muriel vive con su hija Eva, quien tiene 12 años y con su esposo Saúl, con quien mantiene 16 años de relación y 13 de matrimonio. Ella no cuenta con un trabajo remunerado y depende económicamente de Saúl, quien trabaja en una tienda por departamentos.

En relación a sus datos familiares, ella es la segunda hija de cuatro hermanos, quienes algunos viven en Lima y otros en su ciudad natal al igual que sus padres. Refiere que dada la situación de violencia de pareja ha recibido apoyo eventual de algunos de sus hermanos, ya sea acompañándola a realizar trámites legales, cuidando a su hija u ofreciéndole alojamiento. Muriel siente que le están “devolviendo el favor” dado que ella siempre se ha preocupado por sus hermanos.

Respecto a sus antecedentes familiares, ella indica haber sido castigada físicamente por parte de sus padres. Por un lado, refiere que su padre era una persona estricta y sobreprotectora, más aún con sus hijas mujeres. De esta forma, recuerda que él no la dejaba salir a fiestas y que reiteraba que “las mujeres son para la casa”. Por otro lado, refiere que su madre estaba decepcionada de ella, dado que, a diferencia de sus hermanos, no le iba bien en el colegio y por ello la castigaban frecuentemente. Esta situación generaba tristeza en Muriel, y la sensación de “ser la oveja negra de la casa”. Sin embargo, menciona que hoy por hoy ella es la más cercana a sus padres, la más pendiente a ellos, y quien mantiene una comunicación constante.

Muriel reporta haber sido abusada sexualmente más de una vez por un primo cercano a la familia cuando tenía 12 años de edad aproximadamente. Refiere que este abuso estuvo acompañado por amenazas por parte del agresor para que ella guardara silencio, por lo que recién luego de varios años pudo contárselo a su pareja y a su hermana.

Recuerda que al contárselo por primera vez a su pareja discutieron y él se distanció durante varias semanas. En ese momento a ella le parecía comprensible que él esté molesto. Su pareja regresó a disculparse por la reacción y retomaron la relación. Actualmente siente que los demás podrían reírse de ella o que la van a mirar distinto, por lo que le es difícil hablar de su experiencia de abuso.

Sobre el motivo de consulta, Muriel llega al centro de atención especializada para mujeres violentadas luego de realizar una denuncia policial contra su pareja por violencia física. En dicho centro recibió asesoría legal y una evaluación psicológica, por lo cual se determinó que se encontraba en una situación de riesgo leve, por la baja probabilidad de recurrencia del hecho de violencia y por el leve impacto en su integridad de llegar a presentarse. Además, a raíz de la denuncia toma la decisión de iniciar el trámite legal para solicitar el divorcio. Finalmente es derivada a atención psicoterapéutica, en donde da inicio a un proceso de psicoterapia breve llevado a cabo en un ambiente privado facilitado por el centro.

En las primeras sesiones, Muriel narra que su pareja la agrede física y verbalmente desde hace mucho tiempo, pero que lo ha dejado pasar o no ha sido valiente como para denunciarlo. comenta que el motivo de la violencia suelen ser celos por parte de su pareja, quien la acusa de serle infiel cuando él no se encuentra en casa, o cuando ella le reclama que el dinero que le da para las cosas de la casa no es suficiente. Muriel comenta que los celos de su pareja le generan sorpresa y molestia, pues únicamente se dedica a su hogar,

a su hija, que no sale de casa para divertirse pues él no lo permite y más bien es él quien le ha sido infiel.

Muriel ha llegado a conocer que su pareja mantiene una relación extramatrimonial con otra mujer, con quien actualmente tiene un hijo de 8 años y otro de 1 año. Por esta razón, él se ausenta de casa frecuentemente para visitarlos, situación que a ella le genera mucho malestar, dado que siente que ella ha dejado de ser importante para él. Esta es una de las razones por las cuales Muriel ha solicitado el divorcio, sin embargo, también la llena de desconcierto y temor la posibilidad de quedarse sola.

A partir de la información brindada por Muriel durante las primeras 4 sesiones fue posible identificar el Foco Afectivo Interpersonal (FAI) predominante en sus relaciones con el cual se trabajó a lo largo del proceso. En primer lugar, parece tener una representación poco valorada de sí misma, que se caracteriza por sentirse reemplazable, dependiente, con fallas y cuyo valor depende de la utilidad que tenga para los demás. Luego, sobre la representación de los otros, tiende a percibir que los demás la desvalorizan, la usan sin cariño, la desprecian, no suelen pensar en ella ni estar atentos a lo que necesita.

Los afectos asociados a estas representaciones son la angustia, la tristeza, la sensación de rechazo, vinculados al temor a la soledad, el abandono y la rabia que este le genera. Frente a esta configuración, asume como función defensiva el hacerse siempre presente para el otro, ya sea a modo de sumisión y dependencia, o cuando esto falla mediante las demandas y reclamos constantes. Ambos modos defensivos le permiten mantenerse en posición de víctima, ocultando su propia rabia y así confirmando las expresiones de rechazo de los otros. Desde esta posición busca mantener sus relaciones, sintiendo que de no hacerlo así es ella quien sale perdiendo, y es ella la que resulta ser dejada y abandonada (Grupo de Investigación en Psicoanálisis, 2018, pp. 1-4).

## **Método**

La presente investigación propone el uso de una metodología mixta (Hernández, Fernández y Baptista, 2014) que contó con una primera fase cuantitativa, durante la cual fueron registradas las puntuaciones correspondientes a cada capacidad y una segunda fase, cualitativa, durante la cual se describieron que significaban los cambios en cada una de las subcapacidades. Para ello, se llevó a cabo un estudio sistemático de caso único (Kächele, Schachter y Thomä, 2009) y se utilizó el material de análisis otorgado por el Grupo de Investigación en Psicoanálisis (GIP) y se evaluó la estructura utilizando el OPD II, en específico el eje IV Estructura (Grupo de Trabajo OPD, 2008). El diseño de caso único sistemático consiste en enfocarse a profundidad en un caso terapéutico individual e involucra el análisis a detalle de todo el caso o sesiones de este, permitiendo observar y entender los eventos que transcurren y los resultados.

De esta forma, este diseño fue pertinente en tanto permitió examinar los cambios en el funcionamiento de la consultante a partir de su proceso de psicoterapia, a través del acercamiento singular a sus patrones y relaciones únicas (Widdowson, 2011). Además, el análisis mixto permitió una comprensión fina y compleja del caso (Hernández, Fernández y Baptista, 2014), en tanto los datos de la primera fase cuantitativa permitieron analizar con mayor detenimiento la cualidad del cambio en Muriel tras su proceso terapéutico. Este tipo de análisis a través de transcripciones literales de grabaciones de audio de las sesiones, no solo hace factible la observación desde una posición de tercera persona, generando un saber situado, sino que también genera reflexiones valiosas sobre el estudio sobre el cambio en un modelo psicoanalítico breve, permitiendo la ampliación para el desarrollo de teorías y la toma de decisiones clínicas (Creswell et al., 2007; Kächele, Schachter y Thomä, 2009; Widdowson, 2011).

### ***Participantes***

A continuación, se presenta la descripción de los participantes del caso Muriel. Esta descripción se recoge del banco de datos del Grupo de Investigación en Psicoanálisis de la PUCP. La consultante es una mujer de 35 años de edad, heterosexual, que ha nacido en la zona rural de la Sierra Norte del Perú. Actualmente es usuaria de un centro estatal de atención especializada para mujeres violentadas, en donde lleva a cabo un proceso gratuito de psicoterapia psicoanalítica breve (12 sesiones). Mediante un consentimiento informado, ha aceptado la grabación en audio de las sesiones, así como su utilización con fines de investigación. Fue seleccionada en función a la condición de ser de riesgo leve, lo que indica la baja probabilidad de recurrencia del hecho de violencia, o el leve impacto en su integridad de llegar a presentarse. Al completarse el proceso psicoterapéutico, este fue seleccionado por su completitud y consistencia.

El psicoterapeuta es un hombre heterosexual de 29 años de edad. Es, además, psicólogo licenciado con 5 años de experiencia clínica y estudiante de la maestría en intervención clínica psicoanalítica. Así mismo, ha formado parte del curso de psicoterapia basado en el modelo de Terapia Dinámica Interpersonal (Lemma, Target y Fonagy, 2011). Al igual que la consultante, mediante la firma un consentimiento informado ha aceptado que las sesiones sean grabadas en audio y la utilización de dichos audios con fines de investigación.

El contacto con la consultante empezó mediante una asesoría legal y psicológica por el centro estatal especializado. Para que sea considerada como posible participante de la investigación, el nivel de riesgo determinado por los especialistas del centro debía ser leve o moderado. A la consultante se le explicó las características del estudio, de la intervención psicoterapéutica, y al dar su consentimiento verbal, se realizó la coordinación entre el psicoterapeuta, el centro y la consultante para una primera sesión. Al inicio de esta, el psicoterapeuta le explicó nuevamente las características de la

investigación y se le presentó el consentimiento informado para su firma. Es a partir de ese entonces que se inició a grabar en audio y a su vez, inicia la intervención psicoterapéutica.

Respecto a la atención psicoterapéutica que se le brindó a la consultante, esta siguió el modelo psicoanalítico breve de doce sesiones que brinda la Terapia Dinámica Interpersonal (Dynamic Interpersonal Therapy - DIT) desarrollada por Lemma, Target y Fonagy (2011). Este modelo consiste en 3 fases: la fase inicial, es decir, las primeras cuatro sesiones; la fase intermedia, de la sesión cinco a la sesión doce; y la fase de término, de la sesión trece a la sesión dieciséis. El propósito de la fase inicial es vincular el motivo de consulta con la dinámica relacional del paciente basándose en la identificación de un patrón interaccionar inconsciente, dominante y recurrente: el Foco Afectivo Interpersonal - FAI (Interpersonal and affective focus). Este se sustenta a partir de una representación del self en relación a un otro que organiza el comportamiento interpersonal, ligado a una serie de afectos específicos y a mecanismos de defensa predominantes. Además, otro propósito de esta fase es motivar a la persona a un trabajo explícitamente colaborativo en el proceso de ir afinando la formulación del FAI. Luego, el propósito de la fase intermedia es ayudar al paciente a pensar en cómo contribuye el FAI a mantener el problema que está experimentando, de qué lo defiende y el impacto que tiene sobre sus relaciones o sus síntomas. Finalmente, el propósito de la fase final es guiar al paciente a revisar el trabajo en torno al FAI, así como a reflexionar sobre la separación con el terapeuta y la finalización del proceso (Grupo de Investigación en Psicoanálisis, 2018).

### ***Material de análisis***

En orden de cumplir con el objetivo principal de la investigación, examinar los cambios en las capacidades estructurales de una mujer violentada por su pareja tras un proceso de

psicoterapia psicoanalítica breve, se examinaron las transcripciones literales de 6 sesiones de 50 minutos (las tres primeras y las tres últimas) de un proceso psicoanalítico breve de 12 sesiones. Para determinar el número específico de sesiones a analizar se tomaron como referencia investigaciones anteriores con objetivos similares como las investigaciones de McCarthy et al. (2011), Pardo (2018) y Díaz (2021). Además, al ser llevadas a cabo con el enfoque psicoterapéutico DIT, las 4 primeras sesiones coinciden con lo que se denomina “la fase inicial del tratamiento” y las 4 últimas sesiones coinciden con lo que se denomina “la fase de término”.

Las sesiones fueron grabadas en formato de audio y luego se transcribieron utilizando el sistema desarrollado por Gmail Jefferson (2004). Además, el material de análisis fue proporcionado por el grupo de Investigación en Psicoanálisis (GIP) de la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP), de modo que este estudio utilizó data secundaria (Nobleza et al., 2020), confirmando la idoneidad del material para su uso en este estudio. El uso de transcripciones textuales fue pertinente en tanto que para analizar el cambio con el OPD II, la herramienta que permite obtener información de las expresiones y comportamientos de la paciente durante las conversaciones con la terapeuta (OPD Task Force, 2008).

Por un lado, en tanto el OPD II operacionaliza el eje IV Estructura como la disponibilidad de las capacidades psíquicas observadas, en relación a los objetos internos y externos, resulta provechoso analizar los episodios relacionales (ER) recogidos en las transcripciones de la fase inicial y la fase de término del DIT, que se definen como las interacciones del self de la consultante consigo y con sus otros significativos (OPD Task Force, 2008). Para aquel fin, el instrumento elaborado por Luborsky y Crits-Christoph llamado Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) (Luborsky y Crits-Christoph, 1990), y su reformulación posterior traducida al español CCRT-LU-S (Espinosa &

Valdés, 2012) permite operacionalizar las diversas interacciones haciendo posible el recojo de dichos episodios (Espinosa & Valdés, 2012) Debido a que se estaba utilizando data secundaria, se evalúa la calidad de los ER's extraídos previamente de las transcripciones por el GIP. De esta manera, dichos relatos o transcripciones detalladas recogidas de las transcripciones literales de las sesiones permiten obtener aquellas expresiones que dan respuesta a las preguntas planteadas para la evaluación de la estructura del OPD 2. Finalmente, la elección de los episodios relacionales como material de análisis ha sido seleccionado tomando en cuenta que investigaciones anteriores con objetivos similares (Calamaras et al., 2016; Pardo, 2018) los utilizaron para observar el cambio o desarrollo de las representaciones del self y sus otros significativos en términos de su diferenciación, integración y relacionamiento intersubjetivo.

### ***Análisis de la información***

En cuanto al análisis del material, se utilizó el método propuesto por el Grupo de Trabajo OPD 2 (2008). En primer lugar, se leyeron las transcripciones literales entregadas por el GIP de las 3 primeras sesiones (etapa inicial) y las 3 últimas sesiones (etapa final), a modo de familiarización con el caso a evaluar. Luego, se ordenaron los episodios relacionales extraídos previamente por el GIP en la interfaz Excel, de las sesiones en mención, a modo de que sea posible la aplicación del Eje IV Estructura del sistema multiaxial de Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado OPD II (OPD Task Force, 2008) para describir y calificar los episodios seleccionados en función de las capacidades estructurales.

Se utilizó el Eje IV Estructura del sistema multiaxial de Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado OPD II (OPD Task Force, 2008) para describir y calificar los episodios seleccionados en función de las capacidades estructurales. En el OPD II, el eje IV, punto central de esta tesis, se compone de cuatro capacidades, en donde

cada una se diferencia por su orientación hacia el self y hacia los objetos y les corresponden dos subcapacidades que incluyen tres dimensiones estructurales respectivamente (OPD Task Force, 2008). En la siguiente tabla se puede observar la operacionalización del eje estructura según el OPD II.

Tabla 1

*Capacidades estructurales*

| Capacidades            | Subcapacidades                       | Dimensiones estructurales   |
|------------------------|--------------------------------------|---|
| Capacidades cognitivas | Percepción del self                  | Autorreflexión<br>Diferenciación afectiva<br>Identidad                                      |
|                        | Percepción de los objetos            | Diferenciación self-objeto<br>Percepción del objeto total<br>Percepción realista del objeto |
| Capacidad de manejo    | Manejo del self                      | Manejo de impulsos<br>Tolerancia afectiva<br>Regulación de la autoestima                    |
|                        | Manejo de la relación con el objeto  | Protección de las relaciones<br>Regulación de los intereses<br>Anticipación                 |
| Comunicación emocional | Comunicación emocional hacia adentro | Vivencia de afectos<br>Uso de fantasías<br>Self corporal                                    |
|                        | Comunicación emocional hacia afuera  | Establecer contacto<br>Comunicación de afectos<br>Empatía                                   |
| Vínculo                | Vínculo con objetos externos         | Internalización<br>Uso de introyectos<br>Variedad de vínculos                               |
|                        | Vínculo con objetos internos         | Capacidad de vincularse<br>Aceptar ayuda<br>Desprenderse o separarse de vínculos            |

Fuente: Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado II

Dichas 4 capacidades se describen a través del nivel de integración o desintegración estructural, por lo que el OPD 2 gradúa cada una de cuatro niveles: nivel alto de integración estructural, nivel medio de integración estructural, nivel bajo de integración estructural y nivel de estructural desintegrado (Grupo de Trabajo OPD, 2008).

En tanto una investigación previa llevada a cabo por una integrante del GIP PUCP ya

había analizado el funcionamiento estructural de la consultante en la fase inicial del tratamiento (Ulloa, 2021), utilizando el OPD 2, la presente tesis comparó los resultados obtenidos tras culminar el análisis de la fase inicial a modo de generar validez externa de los resultados obtenidos y luego prosiguió con el análisis estructural de la fase de término del tratamiento.

Primero, leyendo la operacionalización de cada capacidad, sub capacidad y dimensiones que brinda el OPD 2, se puntuó los ER de acuerdo a los 4 niveles (incluyen puntajes medios). De esta forma, en cada una de las capacidades, calculando el promedio de los niveles de integración de sus tres dimensiones, cada una puntuada del 1 al 4, se pudo determinar el nivel de integración de cada una de sus 2 sub capacidades. Luego, calculando el promedio de los niveles de integración de las 2 sub capacidades se logró determinar el nivel de integración de la capacidad. Después, una vez obtenido el puntaje en cada capacidad, se procedió a describir cualitativamente el nivel de funcionamiento estructural en cada una de las cuatro capacidades. Finalmente, se observó si en la fase de término del tratamiento se evidenciaron variaciones en las capacidades estructurales self-otro (Grupo de Trabajo OPD, 2008).

Cabe resaltar que, a comparación de la primera versión de este manual, cuyo corte era puramente diagnóstico, la versión número dos se orienta a la descripción del proceso interaccional de cambio del paciente identificando los patrones relacionales, los conflictos y las condiciones estructurales, lo cual no solo permite la planificación terapéutica, sino que, además, la observación a posteriori de los cambios inducidos por la psicoterapia. Además, la versión número dos persigue una integración teórica entre todos los ejes: experiencia de enfermedad y requisito de tratamiento, eje I; relación, eje 2; conflicto, eje III; estructura, eje IV y desórdenes mentales y psicosomáticos de acuerdo al DSM V y CIE 10. eje V. Estas conceptualizaciones exigen una reflexión profunda que,

más allá de solo basarse en el diagnóstico transversal, intentan conceptualizar exhaustivamente las intersecciones e interrelaciones entre los diversos ejes (Grupo de Trabajo OPD, 2008).

### ***Criterios de calidad***

En esta investigación se han considerado diversos criterios de calidad. En cuanto a la objetividad del análisis del material, los investigadores no estuvieron involucrados en el proceso terapéutico y cada uno analizó los datos de manera individual antes de consensuar los datos a analizar y las conclusiones de forma intersubjetiva (Krause, 1995; Meyrick, 2006). El objetivo principal de esta investigación está fundamentado con teoría y datos empíricos en la introducción (Meyrick, 2006). La metodología se construyó revisando metodologías de otras investigaciones, lo que permitió desarrollar un diseño claro para alcanzar los objetivos planteados (Meyrick, 2006). Además, se ha mantenido la transparencia al describir detalladamente cada paso en la selección del material de análisis, la realización del método de análisis y el análisis de la información, así como el proceso para llegar a las conclusiones (Krause, 1995; Meyrick, 2006).

Respecto al criterio de credibilidad (Patton, 2002), se aseguró que los materiales de la investigación fueran transcritos correctamente, evitando así sesgos subjetivos. Estos materiales fueron revisados y procesados por el Grupo de Investigación en Psicoanálisis (GIP). Este mismo grupo supervisó el análisis de los datos junto con la investigadora, garantizando así el criterio de conformabilidad (Patton, 2002). La revisión de metodologías de otras investigaciones con objetivos similares permitió construir un diseño claro y adecuado para los objetivos establecidos (Meyrick, 2006). Además, se realizó una descripción detallada del método, del proceso de análisis de la información, así como de los resultados y conclusiones, asegurando la sistematicidad, la posibilidad de generalización de resultados y la transparencia (Patton, 2002; Meyrick, 2006).

Finalmente, se ha asegurado la sistematicidad mediante una descripción paso a paso de la construcción de la metodología, los resultados y las conclusiones. El uso de herramientas como el análisis temático y el Eje IV del sistema multiaxial de Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado OPD II permite que otros investigadores puedan replicar esta investigación y que los clínicos confíen en extrapolar los hallazgos a algunos de sus pacientes (Meyrick, 2006).

### ***Tratamiento ético***

En primer lugar, se consideró y justificó la relevancia social y política de examinar el cambio en las capacidades estructurales de una mujer violentada por su pareja tras un proceso de psicoterapia psicoanalítica breve, a través de las siguientes preguntas: ¿Es posible y pertinente trabajar psicoanalíticamente casos de violencia? ¿Es relevante y pertinente para romper el ciclo de violencia examinar el cambio en las capacidades estructurales? ¿De qué manera la comprensión funcional de la estructura, que se aleja al uso de los conceptos psicoanalíticos tradicionales, colabora o no al empoderamiento de la consultante? Del mismo modo, su relevancia para las intervenciones en casos de violencia radica en la comprensión clínica-reflexiva, a su vez metódica y sistemática, de los resultados (González, 2002).

Además, en cuanto a las consideraciones éticas seguidas para cuidar la participación particular de la consultante, se solicitó su autorización, y de igual forma a la terapeuta, para grabar en audio, transcribir y donar el material al banco de datos de procesos de consulta psicológica del Grupo de Investigación en Psicoanálisis (GIP). De igual forma, se le informó de la voluntariedad, confidencialidad y anonimato de su colaboración en la investigación. De esta forma, el uso de seudónimos en referencia a la consultante, terapeuta, instituciones y organizaciones en torno a la consultante fue necesario. Lo mencionado quedó registrado en un documento escrito que indicaba todas

las condiciones de diálogo y canales de comunicación para la absolución de dudas, el cual fue firmado por ambas partes.

Finalmente, la transcripción de las sesiones fue realizada al finalizar el proceso de intervención, evitando un conflicto de intereses con las participantes. De esta forma, la investigadora de la presente tesis, así como el equipo de investigadores que monitorea el proyecto, no presentan un conflicto de roles al no haber estado involucrados en el proceso psicoterapéutico.



## Resultados

En el presente apartado se mostrarán los resultados respecto a las variaciones en las capacidades estructurales de una mujer violentada por su pareja participante de un proceso de psicoterapia psicoanalítica. Para ello se utilizará como herramienta de análisis el Eje IV, estructura, del Manual de Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2). A manera de responder a este objetivo se presentarán los resultados de ambas fases del tratamiento en términos de cantidad de episodios relacionales analizados, tomando como referencia a los objetos de interacción: pareja, hija, terapeuta, familia y otros. Luego, se presentarán las capacidades estructurales en la fase inicial del tratamiento y se describirán sus variaciones en la fase final. Por último, se presentarán los resultados de ambas fases del tratamiento en términos de cambios, tomando como referencia a las 4 capacidades estructurales: cognitivas, de manejo, emocionales y de vínculo.

En la fase inicial del tratamiento se registró un total de 93 Episodios Relacionales (Ers). Esta información fue proporcionada por el GIP. Los episodios que hacían referencia a la pareja representaron el 43%, los que hacían referencia a su hija un 16%, a su familia un 13%, al terapeuta un 11% y a sí misma un 4%. En la Tabla 2 se detalla los Ers encontrados.

Tabla 2

### *ERs de la Fase Inicial*

| Objeto N de ER | N de ERs |
|----------------|----------|
| Pareja         | 40       |
| Hija           | 15       |
| Familia        | 12       |
| Terapeuta      | 10       |
| Otros          | 12       |
| Sí misma       | 4        |
| Total ERs      | 93       |

*Fuente: Elaboración propia*

En la fase final del tratamiento se registró un total de 76 Ers. Los Ers que hacían referencia a su pareja representaron el 32%, al terapeuta un 21%, a su hija un 20%, a ella misma un 14% y a su familia (hermanos, madre) un 11%. En la Tabla 3 se detalla los Ers encontrados.

Tabla 3

*ERs de la Fase Final*

| Objeto N de ER | N de ERs |
|----------------|----------|
| Pareja         | 24       |
| Hija           | 15       |
| Familia        | 8        |
| Terapeuta      | 16       |
| Otros          | 2        |
| Sí misma       | 11       |
| Total ERs      | 76       |

*Fuente: Elaboración propia*

A continuación, se describirán los resultados de las funciones estructurales en ambas fases del tratamiento en términos de cambios a partir del análisis de los Ers seleccionados con el Eje IV Estructura del OPD 2. De manera global, tanto en la fase inicial del tratamiento, como en la fase final, la consultante obtuvo un puntaje de 2, lo que corresponde a un nivel de integración estructural medio. En este nivel se mantiene la disponibilidad de las capacidades, aunque de manera reducida. Se caracteriza por conflictos intrapsíquicos con impulsos inconscientes de avidez, poder y sometimiento, junto con normas estrictas e ideales exagerados. La angustia central en este nivel se relaciona con la pérdida o separación del objeto significativo, y con la ansiedad frente a impulsos intensos propios. En la contratransferencia, esto se experimenta como una vivencia puntual difícil de soportar, pero que puede ser reintegrada mediante una reflexión terapéutica consecuente en las experiencias significativas del paciente (Grupo de Trabajo OPD, 2008). Para obtener dichas puntuaciones se obtuvo el puntaje de cada

su capacidad, y posteriormente, se obtuvo un puntaje global de cada capacidad en sus dos facetas, en relación a sí mismo y en relación al otro (Ver tabla 4).

Tabla 4

*Resultado global de integración estructural*

| Capacidades          | Self-Otro                               | Fase Inicial         |            | Fase Final           |            |
|----------------------|---|----------------------|------------|----------------------|------------|
|                      |   | Nivel de integración | Puntuación | Nivel de integración | Puntuación |
| Capacidad cognitiva  | Percepción de sí mismo                  | Medio                | 2          | Medio                | 2          |
|                      | Percepción del objeto                   | Medio                | 2          | Medio                | 2          |
| Capacidad de manejo  | Autorregulación                         | Medio                | 2          | Medio                | 2          |
|                      | Regulación de la relación con el objeto | Medio                | 2          | Medio                | 2          |
| Capacidad emocional  | Comunicación hacia adentro              | Medio                | 2          | Medio                | 2          |
|                      | Comunicación hacia afuera               | Medio                | 2          | Medio                | 2          |
| Capacidad de vínculo | Objetos internos                        | Medio                | 2          | Medio                | 2          |
|                      | Objetos externos                        | Medio                | 2          | Alto                 | 1          |
| Resultado global     |   | Medio                | 2          | Medio                | 2          |

*Fuente: Elaboración propia*

A continuación, se detallará los resultados en términos de cambio de cada capacidad. La primera función estructural evaluada fue la capacidad cognitiva, en su faceta hacia el self, es decir, la percepción de sí mismo. Los resultados obtenidos se pueden observar en la Tabla 5.

Tabla 5.

*Capacidad cognitiva percepción de sí mismo*

| Sub capacidad | Fase Inicial | Fase Final |
|---------------|--------------|------------|
|---------------|--------------|------------|

|                         | Nivel de integración | Puntuación | Nivel de integración | Puntuación |
|-------------------------|----------------------|------------|----------------------|------------|
| Autorreflexión          | Medio                | 2          | Medio alto           | 1,5        |
| Diferenciación afectiva | Medio                | 2          | Medio                | 2          |
| Identidad               | Medio alto           | 1,5        | Medio                | 2          |
| Nivel de integración    | Medio                | 2          | Medio                | 2          |

*Fuente: Elaboración propia*

Si bien a nivel global no se obtuvieron variaciones entre fases, en tanto la consultante puntuó “medio” en la fase final y la fase final del tratamiento, si se observaron variaciones en términos de subcapacidades. La subcapacidad “Autorreflexión” pasó de un nivel de integración medio en la fase inicial, que indica el poco interés sobre sí o autorreflexión dirigida principalmente hacia el self conductual, a un nivel de integración medio alto hacia la fase final del tratamiento. Al ser un puntaje medio, está más cercano a la capacidad de conceptualizar, de acuerdo a la realidad, que tipo de persona es, que sucede dentro de sí, dando cuenta de un mayor interés de mirar hacia su mundo interno.

En el caso de Muriel, mientras que al inicio del tratamiento ella suele describir su experiencia interna en términos de relatar su comportamiento, o en términos de polaridades como ser la “oveja negra” de su familia o ser una “buena mujer”, hacia el final del tratamiento Muriel hace más intentos de conceptualizar la dependencia en la que se puede ver en algunas situaciones, como con sus hermanos o su pareja, y cómo eso se puede interponer a sus deseos.

Consultante: ¿Yo no (.) no quiero como se llama este siempre vivir con mis hermanas no? (...) siempre vivir con ellas ahora yo tengo por quien [ya] pensar no (.) no siempre voy a estar ahí y (.) y poco a poco darle lo que mi hija necesita (GIP, 2018, sesión 10, líneas 1007 - 1012).

Consultante: Y salimos a pasear si quiera nos va comer nos damos el gusto de comer algo, pero ya a la hora de irme a dormir ya no va a haber nadie al costado, aunque claro mi hija porque voy a dormir ahorita ya con mi hija voy a estar dependiendo de cómo nos estemos acomodando (GIP, 2018, sesión 12, líneas 0903 - 097).

De igual forma, se puede observar cómo hacía las últimas sesiones Muriel hace un intento por asociar su conceptualización de sí, como alguien quien necesita a su pareja para los gastos, la dependencia económica, de manera diferenciada a mantener una relación sentimental con esta persona.

Consultante: Quiero demostrarle que no, no solamente a él, sino a mí misma, quiero demostrarme de que no (p) no lo necesito (...) no lo necesito, bueno paz los gastos (.) sí no, pero (.) a mi lado no lo necesito (GIP, 2018, sesión 12, líneas 1112 - 114).

Respecto a la subcapacidad “Diferenciación afectiva” no se encontraron diferencias entre la fase inicial y la fase final del tratamiento. Lo mencionado da cuenta que, en ambas fases del tratamiento los afectos se perciben de forma limitada y en situaciones difíciles pueden ser evitados para mantener la estabilidad estructural. Hacia el inicio del tratamiento se muestran experiencias afectivas de orgullo, amor y fortaleza en diferentes matices. Los afectos de resignación, culpa, temor o vergüenza se presentan en mayor medida y, en situaciones conflictivas suelen ser evitados. De forma similar, el enojo, desprecio o la resignación se pueden expresar a manera de reclamo.

Hacia el final del tratamiento, si bien Muriel mantiene los sentimientos de fortaleza, orgullo por sí misma, también hay un incremento de la pena y la resignación, en la medida que va elaborando su separación. En la globalidad de su experiencia afectiva,

los sentimientos o dolor, continúan, entendiblemente, predominando. Para mantener la estabilidad estructural puede tener que evitar sentimientos como la culpa o dolor respecto a haber denunciado a su esposo. Asimismo, puede tener a racionalizar el dolor, o expresar su orgullo con tintes de reclamo.

Consultante: sí, pero ya no: (.) ya no voy a discutir con él o ya no voy a renegar, o que tú paras con la mujer o, [cómo se] llama (...) tienes otra relación o te estás bien con la mujer, no ya no (...) en lo sentimientos no se manda y si él está feliz con ella o se siente feliz con ella y ya no conmigo no puedo obligarlo a que me quiera (GIP, 2018, sesión 12, líneas 0858 - 0872).

Respecto a la subcapacidad “Identidad” se encontr que al inicio del tratamiento Muriel puntuó medio alto, mientras que, en la fase final puntuó bajo. Lo mencionado da cuenta de que en la fase inicial del tratamiento Muriel presentaba una autoimagen e identidad psicosexual estable en el tiempo, que podía presentar cambios dependientes del contexto o al estado de ánimo. En su caso, sus descripciones del pasado solían ser negativas y ante situaciones conflictivas solía aferrarse a dichas representaciones. Hacia el final del tratamiento, y en la medida que se hace mayor referencia a la separación, Muriel suele aferrarse en mayor medida a su papel de ser una mujer de su hogar o a su identidad como madre, lo cual le otorga fortaleza. De igual manera, ante la situación conflictiva de la separación, Muriel reafirma aspectos de su self que podrían desagradar a otro, lo cual podría ser un apoyo en su proceso de separación.

Consultante: Soy así (.) soy así y el que me quiere, bien y el que no pues (.) también (...) así soy (.) me muestro tal como soy (...) tal como soy, ya me has conocido, soy llorona, hablo mucho (.) a veces me río (.) y así soy, o sea, ¿yo soy así (p) y si a él no le gustó pues piña no? (GIP, 2018, sesión 12, líneas 1098 - 1108).

Continuando con la primera capacidad estructural, pero ahora en su faceta hacia el otro, se encuentra la percepción del objeto. En esta subcapacidad no se encontraron variaciones entre la fase inicial y la fase final del tratamiento. Los resultados se detallan en la Tabla 6.

Tabla 6

*Capacidad cognitiva percepción del objeto*

| Sub capacidad                  | Fase Inicial         |            | Fase Final           |            |
|--------------------------------|----------------------|------------|----------------------|------------|
|                                | Nivel de integración | Puntuación | Nivel de integración | Puntuación |
| Diferenciación self-objeto     | Medio                | 2          | Medio                | 2          |
| Percepción del objeto total    | Medio                | 2          | Medio                | 2          |
| Percepción realista del objeto | Medio                | 2          | Bajo                 | 3          |
| Nivel de integración           | Medio                | 2          | Medio                | 2          |

*Fuente: Elaboración propia*

En relación a la subcapacidad “Diferenciación self-objeto” no se encontraron diferencias entre la fase inicial y la fase final del tratamiento. El nivel medio obtenido en ambas fases hace referencia a las dificultades en la diferenciación entre lo propio y lo del otro, lo cual se ve reflejado en distanciamiento confuso de afectos y pensamientos. En la fase inicial del tratamiento Muriel solía atribuir sus afectos, usualmente negados, a su hija, su esposo o al terapeuta. Por ejemplo, de forma recurrente solía proyectar sus deseos de cuidado y provisión hacia su hija, exigiendo a su expareja que cumpliera con estos. Para la fase final del tratamiento, y en la medida que Muriel elabora en mayor cantidad sobre sus experiencias con su hija y reafirma su identidad como madre, se observa cómo proyecta sus propias preocupaciones o expectativas en su hija. En ocasiones busca que opine igual que ella intentando controlar su acción, como intento de garantizar su propia tranquilidad.

Consultante: Sí porque es que justamente he conversado con ella le digo mira hija trata de ponerte empeño por qué mira yo tengo muchas cosas ahorita, (...) sabes que el lunes tenemos que presentarnos allá y encima tú que estás mal y sigas saliendo mal (...) y si queremos irnos de acá le digo de la casa queremos irnos tranquilas esfuérsate pues hija (GIP, 2018, sesión 11, líneas 0821 - 0827).

En relación a la subcapacidad “Percepción del objeto total” no se encontraron diferencias entre la fase inicial y la fase final del tratamiento. El nivel medio obtenido en ambas fases hace referencia a la dificultad en la percepción del otro en su complejidad y aspectos contradictorios, dado que son mayormente vivenciados según los propios deseos, tendiendo a exagerar aspectos positivos o negativos. En el caso de Muriel, en la fase inicial del tratamiento se evidencia en las descripciones de su pareja, dado que, debido a la violencia ejercida por él, mantiene descripciones denigradas o devaluadas en su rol de cuidador. Esta percepción también suele estar en función a si sus necesidades de cuidado y reconocimiento están satisfechas o no. En la fase final del tratamiento Muriel mantiene su tendencia a la polarización de la percepción del objeto en función a sus conflictos.

Consultante: le digo ((inhala)) lo que tú lloras le digo es (.) bueno sí en parte si te llevan preso bueno te detienen aunque no va a ser así le digo, (...) porque a nosotros nos explicaron incluso a nuestra hija le explicó la psicóloga de que no te iban a llevar a detener le digo (.) lo que a ti más te pone así es no poder viajar a ver a tus hijos le [digo] o a tus hijos o a esa mujer le digo eso es lo que te pone así (.) ah ya ves encima con tus tonterías que por aquí que por allá (p) de ahí (GIP, 2018, sesión 11, líneas 0179 - 0187).

Finalmente, en relación a la subcapacidad “Percepción realista del objeto” se encontró que al inicio del tratamiento Muriel puntuó medio, mientras que, en la fase final

puntuó bajo. Lo mencionado indica que, si bien en la fase inicial del tratamiento se observó una limitación para percibir al otro de forma realista considerando sus intenciones internas y situación externa, en la fase final del tratamiento se observó en mayor medida el uso de proyecciones en la representación de la imagen del otro. Por ejemplo, al final de las sesiones Muriel hace referencia a que su esposo va a ser libre y que va a poder hacer lo que él desee en su casa. Sin embargo, esta representación de él como alguien “libre” o que “va a tener más tiempo” podría estar más asociada a su propia angustia de salir de aquella casa y las restricciones que eso le va a conllevar.

Consultante: yo ya tengo que salir de tu casa y ahora él va a comprar cosas para la casa o sea, o sea tú vas a tener más tiempo para (p) ya nosotros no estar acá (p) vas a poder viajar si quieres vas los traes y los pones en tu casa los metes acá en tu casa y vives con ellos y así los ves crecer le digo (.) no es que tú piensas así me dice si tú sabes de quién es la casa y de nadie más y mi mamá tampoco me va a permitir que entre nadie más a la casa, (inhala) y yo le digo pero eso es le digo mira el perjudicado no vas a ser ni tú (.) ni la mujer esa ni tus hijos (.) tus hijos hablo de los 3 no solamente esos 2 de ella porque eso le dije de esos 2 de ella (.) hablo de los 3 (.) la perjudicada en todo esto eres soy yo le digo, no te das cuenta? por qué porque yo me quedo sin nada (GIP, 2018, sesión 10, líneas 0308 - 0324).

La siguiente capacidad estructural evaluada fue la de manejo en su faceta hacia el self, es decir, la autorregulación. En esta subcapacidad no se encontraron variaciones entre la fase inicial y la fase final del tratamiento, en tanto en tanto la consultante puntuó “medio” en la fase inicial y la fase final del tratamiento. Los resultados obtenidos se muestran en la tabla 7.

Tabla 7.

### *Capacidad de manejo autorregulación*

| Sub capacidad               | Fase Inicial         |            | Fase Final           |            |
|-----------------------------|----------------------|------------|----------------------|------------|
|                             | Nivel de integración | Puntuación | Nivel de integración | Puntuación |
| Manejo de impulsos          | Medio                | 2          | Medio                | 2          |
| Tolerancia afectiva         | Medio                | 2          | Medio                | 2          |
| Regulación de la autoestima | Medio                | 2          | Medio                | 2          |
| Nivel de integración        | Medio                | 2          | Medio                | 2          |

*Fuente: Elaboración propia*

Respecto a la subcapacidad “manejo de impulsos”, la consultante puntuó medio tanto en la fase inicial como en la fase final del tratamiento. Lo mencionado refiere a que en ambas fases del tratamiento los impulsos suelen estar inhibidos por la sobrerregulación. En el caso de Muriel, al inicio del tratamiento se observa un control excesivo de los impulsos agresivos o un rechazo defensivo de estos, limitando su capacidad de respuesta. Aunque en ocasiones, aquella sobrerregulación no lograba contener los afectos, lo cual terminaba expresándose como un comportamiento impulsivo. De forma similar, en la fase final del tratamiento prima la sobrerregulación, sobre todo de los afectos de tristeza intensa. Inclusive, puede aparecer un aspecto superyoico crítico que la inhibe y la devalúa.

Consultante: Quise llorar sentada tomando desayuno? (p) pero dije=no (p) voy a amargarme mi desayuno? (p) por alguien que está bien contento (p) o sea (...) no vale la pena (...) the ah me sequé la cara, me lavé la cara, me sequé, tch (.) (...) soy bien cojuda (incomprensible) (...) tch ah soy bien cojuda para estar llorando (GIP, 2018, sesión 10, líneas 0646 - 0655).

Respecto a la subcapacidad “Tolerancia afectiva”, la consultante puntuó medio tanto en la fase inicial como en la fase final del tratamiento. Lo mencionado refiere a que

en ambas fases del tratamiento se toleran los afectos intensos, especialmente los negativos, con dificultad, en su mayoría son sobre regulados. En el caso de Muriel, al inicio del tratamiento se observa una predominancia en la dificultad para aceptar afectos incómodos, tales como la indignación, la vergüenza, la ira o la tristeza. De forma similar, en la fase final Muriel se evidencia la dificultad de Muriel para tolerar plenamente sus emociones a través de diversos mecanismos, como recurrir al rol de ser madre como posible forma de no lidiar con la incertidumbre, la crítica como mecanismo para calmarse, o he hecho de empezar a sentir de que está “aguantando” a su pareja podría indicar la represión de sus afectos por un largo periodo de tiempo en lugar de expresar y elaborar su disconformidad. De por sí, Muriel tiende a ordenarse como sentir y “estar bien” parece ser un nuevo mandato superyoico dado cuenta de su dificultad para tolerar los afectos negativos en el contexto que la rodea.

Terapeuta: lo más difícil (.) mantenerte así aun pudiendo estar acompañada por alguien. Consultante: ¿podré Santiago? (...) sí yo siento que anda a vivir el próximo sábado es el último día que voy a venir (p) ahora con quién voy a conversar. Terapeuta: (p) pero a veces sientes que para estar acompañada de alguien (.) tienes que adoptar esa posición de (.) de asumir de dejar de ser tú no? entonces va a ser un reto también que tú puedas seguir siendo tú aun viendo si tienes o no tienes a alguien al lado, Consultante: y tengo que hacerlo Santiago (.) tengo que hacerlo tengo que hacerlo sí o sí. (...) seguir como [estoy ahorita] (..) seguir como estoy ahorita este así (.) que estar alegre estar este (.) ya no llorando ya no (.) ya no (.) ya no este triste (GIP, 2018, sesión 10, líneas 0189 - 1205).

Respecto a la subcapacidad “Regulación de la autoestima”, la consultante puntuo medio tanto en la fase inicial como en la fase final del tratamiento. El puntaje medio refiere a que la autoestima se puede alterar ante fracasos o diferencias de opinión. En el

caso de Muriel, en la fase inicial del tratamiento, por un lado, se observa una tendencia a la desvalorización de sí en donde priman sentimientos de vergüenza o incapacidad. Por otro lado, puede darse una mirada idealizada o exigente de sí. De forma similar, en la fase final del tratamiento, si bien ya no se observan tantas expresiones en donde se devalúa, su autoestima sigue en gran medida influenciada por su desempeño como madre o su capacidad para ayudar a otros. Sin embargo, puede verse alterada durante la separación real con su esposo, manifestándose en situaciones como empezar a dormir en el suelo.

Consultante: Ahora este (.) ya salí del cuarto ya no duermo en el cuarto con él y este (.) me dijo pues que ya (p) las cosas están así, que así van a seguir y que, que cómo se llama, este (.) ya no quiere estar conmigo, o sea [ya no] como que si le fastidia mi presencia ya (.) imagínate cómo cómo me siento y: estoy durmiendo en el cuarto con mi hija (...) ya, ya he pasado varias noches ahí y (.) me he acomodado en el suelo (GIP, 2018, sesión 12, líneas 0366 - 0379).

Continuando con la capacidad de manejo, ahora en su relación con el otro, se evaluó la regulación de la relación con el objeto. En esta capacidad no se encontraron variaciones entre la fase inicial y la fase final del tratamiento, en tanto en tanto la consultante “medio” en la fase inicial y la fase final del tratamiento. Los resultados obtenidos se muestran en la tabla 8.

Tabla 8.

*Capacidad de manejo regulación de la relación con el objeto*

| Sub capacidad                | Fase Inicial         |            | Fase Final           |            |
|------------------------------|----------------------|------------|----------------------|------------|
|                              | Nivel de integración | Puntuación | Nivel de integración | Puntuación |
| Protección de las relaciones | Medio                | 2          | Medio                | 2          |
| Regulación de los intereses  | Medio                | 2          | Medio                | 2          |
| Anticipación                 | Medio                | 2          | Medio                | 2          |
| Nivel de integración         | Medio                | 2          | Medio                | 2          |

Respecto a la protección de las relaciones la consultante puntuó medio tanto en la fase inicial como en la fase final del tratamiento. El puntaje medio refiere a la dificultad para elaborar los impulsos perturbadores, lo cual puede terminar afectando las relaciones. En el caso de Muriel, al inicio del tratamiento se observa que en gran medida su agresividad la dirigía a sí misma. Sin embargo, en ocasiones solía expulsar su agresividad contenida hacia el otro. Hacia el final del tratamiento Muriel sigue presentando dificultades para elaborar su agresión o su tristeza en el contexto de proteger relaciones. Por ejemplo, prefiere no contarle sobre cómo se siente a su madre de modo de proteger la relación.

Consultante: mi mamá es casi como yo (.) es casi igual así eh se sugestionaba bien rápido, (...): y va a estar nerviosa y mejor nerviosa yo doy, y así por eso (13:22) (.) y aunque ella se da cuenta que algo me pasa me dice no estás bien (.) sí mamá estoy bien estoy tranquila (.) no me dice se te nota triste se te nota apagada no estoy bien le digo, bueno (.) en fin (.) tú sabrás me dice, (GIP, 2018, sesión 12, líneas 0419 - 0429).

Otra manera en la que Muriel evidencia que mantiene dificultades para elaborar sus emociones lo cual puede llegar a afectar sus relaciones interpersonales está presente en la idea de evitar acercarse para prevenir su dolor.

Consultante: Que hemos tenido y (.) yo te dije=yo me encariño muy rápido con las personas y (.) y a veces siento que no debo hacer eso (...) no debo encariñarme porque (.) siempre hay una tristeza ahí (...) y: normal, o sea ya pues, seguir, seguir adelante, se me vienen muchas cosas más, se me vienen cosas: (.) peores (GIP, 2018, sesión 12, líneas 0210 - 0216).

Respecto a la regulación de los intereses la consultante puntuó medio tanto en la fase inicial como en la fase final del tratamiento. El puntaje medio refiere a la dificultad para armonizar los intereses propios con los del otro, por lo cual uno de los dos se encuentra permanentemente en primer plano. En el caso de Muriel al inicio del tratamiento se observó su tendencia a sobreponer los intereses de los demás por encima de los suyos, llevándola a una forma complaciente de relación. Hacia el final del tratamiento se puede observar como Muriel intenta hacer valer sus propios intereses en la mayoría de sus relaciones, no siendo muy común que considere adecuadamente los del otro. Se observa como constantemente antepone sus propios intereses a los de su hija, lo cual le dificulta escucharla o acompañarla en sus propios procesos más allá de sus propias preocupaciones.

Consultante: Hay un régimen de visitas tú le vas a decir a tu papá no? no le digo tú tiene que salir con tu papá (.) tu papá te va a salir a pasear yo ya no voy a ir con ustedes pero mamá no hija es que ya [cambian] las cosas le digo (.) él solamente va a ver por ti nada más, ah no que si no sales tú yo no salgo me dijo, mira hija no es eso (.) y si mi papá te invita para salir con nosotros? normal yo no me hago [problemas] : le digo hija yo puedo salir pero no quiero este (.) que se sientan obligados (GIP, 2018, sesión 12, líneas 0607 - 0619).

Respecto a la subcapacidad “anticipación” la consultante puntuó medio tanto en la fase inicial como en la fase final del tratamiento. El puntaje medio refiere a una estimación exageradamente negativa frente a la propia conducta. En el caso de Muriel, en la fase inicial del tratamiento se observa una anticipación de la crítica ajena, en base a experiencias previas similares. En la fase final del tratamiento, Muriel continúa anticipando reacciones negativas del otro frente a la propia conducta y dichas expectativas suelen confirmarse.

Consultante: Porque (.) lo que me imaginé que iba a pasar es día en la juez (.) pasó (...): e:h (.) él está molesto, no me habla (GIP, 2018, sesión 12, líneas 0218 - 0226).

La siguiente capacidad estructural evaluada fue la emocional en su faceta hacia el self, es decir, la comunicación hacia adentro. En esta capacidad no se encontraron variaciones entre la fase inicial y la fase final del tratamiento, en tanto en tanto la consultante puntuó “medio” en la fase inicial y la fase final del tratamiento. Los resultados obtenidos se muestran en la tabla 9.

Tabla 9.

*Capacidad emocional comunicación hacia adentro*

| Sub capacidad        | Fase Inicial         |            | Fase Final           |            |
|----------------------|----------------------|------------|----------------------|------------|
|                      | Nivel de integración | Puntuación | Nivel de integración | Puntuación |
| Vivencia de afectos  | Medio                | 2          | Medio                | 2          |
| Uso de fantasías     | Medio<br>Bajo        | 2,5        | Medio                | 2          |
| Self corporal        | -                    | -          | -                    | -          |
| Nivel de integración | Medio                | 2          | Medio                | 2          |

*Fuente: Elaboración propia*

Respecto a la subcapacidad “vivencia de afectos” la consultante puntuó medio tanto en la fase inicial como en la fase final del tratamiento. El puntaje medio refiere a una vivencia limitada de los afectos y a su expresión normativa. En la fase inicial del tratamiento los predomios de emociones negativas de Muriel son expresados en su mayoría como reclamos o críticas hacia ella misma. De otra forma, en lugar de narrar sus afectos, describe su comportamiento. Hacia el final de las sesiones, Muriel sigue mostrando en su mayoría la vivencia de sus afectos adscrita a ciertos roles sociales, como ser buena hija o buena madre.

Consultante: como le dije a él (2) ojalá, le digo, no estemos (.) peleando como perros y gatos, le digo (...) tratar de llevarnos bien (p) por ella, le digo (p) por ella porque yo no quiero que mi hija nos vea discutir, que nos vea estar molestos ni nada, le digo (GIP, 2018, sesión 12, líneas 0790 - 0795).

Respecto a la subcapacidad “Uso de fantasías”, Muriel pasó de un nivel Medio bajo en la fase inicial del tratamiento que indica que las fantasías pueden tender a hacerse amenazantes, a un puntaje bajo hacia el final del tratamiento, en el cual se observa la capacidad de fantasear de forma limitada. Las fantasías de Muriel al inicio del tratamiento suelen girar en torno al daño. Sin embargo, hacia el final del tratamiento Muriel en ocasiones prefiere sobre regularse a fantasear. Lo mencionado no le permite ni crear elaboraciones amenazantes u otras que le permitan protegerse.

Consultante: Tengo miedo a que (.) porque siento que ya se acaba o sea todo que todo llega a su final ahí ya, ya con eso llega su final y (p) qué puedo hacer [pa] adelante (.) pa adelante nada más (.) pero sí voy a llegar a ese día con miedo (.) hasta que ya no (.) hasta que no nos atiendan (.) no nos digan cómo son las cosas creo que no voy a estar tranquila, (GIP, 2018, sesión 11, líneas 0261 - 0267).

Continuando con la capacidad emocional, ahora en su relación con el otro, se evaluó la comunicación hacia afuera. En esta capacidad no se encontraron variaciones entre la fase inicial y la fase final del tratamiento, en tanto en tanto la consultante puntuó “medio” en la fase inicial y la fase final del tratamiento. Los resultados obtenidos se muestran en la tabla 10.

Tabla 10.

*Capacidad emocional comunicación hacia afuera*

| Sub capacidad | Fase Inicial | Fase Final |
|---------------|--------------|------------|
|---------------|--------------|------------|

|                         | Nivel de integración | Puntuación | Nivel de integración | Puntuación |
|-------------------------|----------------------|------------|----------------------|------------|
| Establecer contacto     | Medio alto           | 1,5        | Medio alto           | 1,5        |
| Comunicación de afectos | Medio alto           | 1,5        | Medio                | 2          |
| Empatía                 | Medio                | 2          | Medio                | 2          |
| Nivel de integración    | Medio                | 2          | Medio                | 2          |

*Fuente: Elaboración propia*

Respecto a la subcapacidad “Establecer contacto” la consultante puntuó medio alto tanto en la fase inicial como en la fase final del tratamiento. El puntaje medio alto hace referencia a una capacidad para establecer contactos vitales que se puede ver restringida por momentos. En el caso de Muriel, en la fase inicial del tratamiento da cuenta de su relación vital con personas de su pasado, como con su familia o amigas, aunque se observa poco interés por establecer relaciones nuevas, particularmente con figuras masculinas, asociado a su miedo a ser dañada. Hacia el final del tratamiento, Muriel mantiene el interés por el contacto con sus relaciones vitales más significativas, la relación con su hermana, su hermano, su amiga y su hija. Sin embargo, establecer contacto con la figura del terapeuta cobra particular relevancia para su sensación de bienestar y seguridad.

Consultante: ¿Siempre seguir ahí adelante no? ahora qué pena me da (p) ahorita sí tengo pena (p) porque ya me despido de ti ya (p) ya no voy a tener con quién conversar (p) que venir los sábados porque ya no tengo que venir ya (GIP, 2018, sesión 11, líneas 1175 - 1180).

Respecto a la subcapacidad “Comunicación de los afectos” se encontró que al inicio del tratamiento Muriel puntuó medio alto, mientras que, en la fase final puntuó medio. Lo mencionado indica que, si bien en la fase inicial del tratamiento se observó por momentos una comunicación vivaz con ciertas limitaciones vinculadas a situaciones

conflictivas, en la fase final de tratamiento se obtuvieron mayor cantidad de episodios en donde, debido a dificultades para diferenciar los afectos o por un predominio de afectos negativos, primaba la restricción en la comunicación de los mismos. Sin embargo, con participación del terapeuta Muriel lograba expresarse con mayor variedad en relación a sus angustias.

Consultante: Tengo miedo Santiago. (...) tengo miedo (p) tengo como se dice sentimientos encontrados (.) tengo rabia tengo ganas de llorar (.) (GIP, 2018, sesión 11, líneas 0228 - 0231).

Respecto a la subcapacidad “Empatía” la consultante puntuó medio tanto en la fase inicial como en la fase final del tratamiento. El puntaje medio hace referencia a la limitación en la empatía frente al otro bajo la presión de los propios deseos y temores. En relación a la fase inicial del tratamiento se observa que Muriel puede empatizar con la vivencia interna de sus otros significativos. Sin embargo, muchas veces la empatía se ve intermediada por sus propias necesidades de cuidado o validación. Hacia el final del tratamiento Muriel continúa evidenciando como muchas veces su empatía, como hacia su hija, puede estar influenciada por sus angustias, generando dificultades para comprender ciertos aspectos de su mundo interno. Con su pareja, Muriel suele reducir su empatía hacia él tendiendo a comprender el mundo interno de Saúl desde su propia experiencia, no logrando comprender sus afectos.

Consultante: Todo esto (.) y que me culpa soy el culpable de esto (.) de que él está así que va a renunciar al trabajo, para ver cómo me las arreglo. (p) ((tose)) ya, o sea no entiendo, ¿cómo es eso de que va a renunciar al trabajo cómo que [ha]- [él] va a renunciar al trabajo para ver cómo me las arreglo yo él piensa que con lo que él gana que él está ganado o sea supuestamente gran cantidad, ¿no? El problema de él le digo es tu cosa le digo, (GIP, 2018, sesión 10, líneas 0038 - 045).

La última capacidad estructural evaluada fue la de vínculo en su faceta hacia el self, es decir, objetos internos. En esta subcapacidad no se encontraron variaciones entre la fase inicial y la fase final del tratamiento, en tanto en tanto la consultante puntuó “medio” en la fase inicial y la fase final del tratamiento. Los resultados obtenidos se muestran en la tabla 11.

Tabla 11.

*Capacidad de vínculo objetos internos*

| Sub capacidad        | Fase Inicial         |            | Fase Final           |            |
|----------------------|----------------------|------------|----------------------|------------|
|                      | Nivel de integración | Puntuación | Nivel de integración | Puntuación |
| Internalización      | Medio bajo           | 2,5        | Medio                | 2          |
| Uso de introyectos   | Medio                | 2          | Medio alto           | 1,5        |
| Variedad de vínculos | Medio                | 2          | Medio                | 2          |
| Nivel de integración | Medio                | 2          | Medio                | 2          |

*Fuente: Elaboración propia*

[Respecto a la capacidad de internalización, la consultante puntuó Medio bajo en la fase inicial del tratamiento y pasó a puntuar medio en la fase final del tratamiento. Lo mencionado refiere a que se pasó de una formación de imágenes internas que no se mantenían como seguras a una formación un poco más segura, que, en momentos de conflicto, puede entrar en angustia por pérdida de objeto. En el caso de Muriel, en la fase inicial del tratamiento sus imágenes objetales predominantes la critican, violentan, la amenazan o descuidan. Si bien hace referencia a objetos que no pueden satisfacer imágenes de cuidado, como sus padres o amigas, en su mayoría hace referencia a objetos amenazantes que la perjudican: su pareja. Hacia la fase final del tratamiento, cuando Muriel va elaborando más sobre la separación de su esposo, empieza a dar cuenta de representaciones asociadas a la angustia de perder el objeto significativo. Se necesita la separación real para llegar a esta angustia.

Consultante: duele: (3) que: una persona que le diste (.) dieciséis años de tu vida (3) eh (p) que pasen tantas cosas (.) y que te diga no me interesa estar contigo, duele (p) pero: (p) tampoco se le puede obligar (p) tampoco se le puede obligar (.) y tampoco voy a estar (p) hecha la tonta (p) mendigando un amor que ya no hay. Sí duele, duele mucho, pero: (7) ya no quiero seguir llorando, ya no quiero seguir sufriendo (p) por alguien que (.) no vale la pena para mí ahorita (.) no vale la pena (GIP, 2018, sesión 12, líneas 0624 - 0635).

Al mismo tiempo, Muriel experimenta angustia ante la posibilidad de perder la guía del objeto terapeuta y aquello se puede experimentar como amenazante

Consultante: ((inhala)) es que ya no voy a tener con quien hablar ya no voy a tener con quien contarle lo que me pasa porque ya empezando con esto me imagino que vendrán muchas más cosas (.) y yo no va a ser (.) Ya no va ser igual no? ya no va a ser igual (.) ya voy a tener que ya sola afrontar lo que viene (GIP, 2018, sesión 10, líneas 0409 - 0413).

Respecto a la capacidad de uso de introyectos la consultante puntuó medio en la fase inicial del tratamiento y pasó a puntuar medio alto hacia la fase final. Lo mencionado hace referencia a que, si bien en la fase inicial se observó más episodios relacionados a dificultades para tranquilizarse, autorregularse o contenerse, en la fase final del tratamiento se observó, con la ayuda de experiencias positivas, mayor cantidad de momentos en donde Muriel indicaba poder cuidar de sí misma o tranquilizarse, con la ayuda de relaciones positivas internalizadas. En el caso específico de Muriel, en la fase inicial se observa que mantiene imágenes internas con características negligentes y amenazantes, lo cual incurre en la sensación de no poder sola o que todo lo malo le ocurre a ella. Sin embargo, para la fase final del tratamiento se observa la aparición de imágenes

internas con características de cuidado y aliento, lo cual incurre en que, con esfuerzo, Muriel se anime a cuidar de sí misma.

Consultante: ¿no, este (p) voy a hacer como si (.) tú fueras ese foquito, esa luz que está ahí (.) que me dice, sabes qué? no Muriel, tienes que salir adelante, no te pongas a llorar, no te pongas triste (p) voy a pensar en eso (p) voy a, voy a tratar de (p) de estar tranquila, de estar tranquila y (p) en lo que se pueda: ser feliz no? porque ya empieza una nueva vida, o sea ya empezó ya (GIP, 2018, sesión 12, líneas 1185 1191).

Respecto a la capacidad de variedad de vínculos la consultante puntuó medio tanto en la fase inicial como en la fase final del tratamiento. El puntaje medio hace referencia a la búsqueda primordial de relaciones diádicas, en tanto las imágenes internas de personas significativas se diferencian poco. En el caso de Muriel, tanto en la fase inicial como en la fase final del tratamiento la forma de relacionarse con sus vínculos suele estar restringida a la búsqueda de satisfacción de sus necesidades y deseos, cuidado y provisión. Se observa una fuerte relación diádica con la hija, buscando ser una amiga y parece no diferenciar su angustia de separación de las necesidades de estudio de su hija. En la relación con su esposo, se observa el predominio de un vínculo instrumentalizado.

Consultante: y me dice este (.) y ya justo anoche como llegó el papá a ver el partido llegó temprano me dice este nosotros le preguntamos pues nosotros queríamos asegurarnos de que no viniera temprano (...) porque queríamos ver el tranquilas y todo. (GIP, 2018, sesión 11, líneas 0723 - 0728).

Para finalizar con la capacidad estructural de vínculo, se evaluó su faceta hacia los otros, es decir, objetos externos. En esta subcapacidad se encontraron variaciones entre la fase inicial y la fase final del tratamiento, pasando de un nivel medio en la fase

inicial a un nivel alto al final del tratamiento. Los resultados obtenidos se muestran en la tabla 12.

Tabla 12.

*Capacidad de vínculo objetos externos*

| Sub capacidad                        | Fase Inicial         |            | Fase Final           |            |
|--------------------------------------|----------------------|------------|----------------------|------------|
|                                      | Nivel de integración | Puntuación | Nivel de integración | Puntuación |
| Capacidad de vincularse              | Medio                | 2          | Medio                | 2          |
| Aceptar ayuda                        | Medio                | 2          | Alto                 | 1          |
| Desprenderse o separarse de vínculos | Medio                | 2          | Medio alto           | 1,5        |
| Nivel de integración                 | Medio                | 2          | Alto                 | 1          |

*Fuente: Elaboración propia*

Respecto a la subcapacidad de “vincularse” la consultante puntuó medio tanto en la fase inicial como en la fase final del tratamiento. El puntaje medio hace referencia a que el significado afectivo del otro puede ser exagerado, por lo que se evidencia dependencia del objeto. En específico en el caso de Muriel, en la fase inicial del tratamiento se observa como los otros tienen una relevancia excesiva, otorgando un alto valor a las opiniones del resto como guías para su conducta, lo que se refleja en las relaciones de dependencia que establece con la mayoría de sus vínculos. Hacia la fase final del tratamiento se sigue manteniendo la valoración excesiva del cuidado que le ofrecen los demás y se mantiene la dependencia, por momentos ambivalente, con su esposo, lo cual le genera confusión. En general, se debate entre la separación y la conexión emocional.

Consultante: Por eso te digo son como sentimientos encontrados porque son muchos años con él son muchos años entre cosas buenas que hemos pasado cosas malas y (p) tenemos algo bonito (.) y siempre como le dije el otro día oye eso nos va a unir siempre y siempre nos vamos a tener que ver ja, por algún motivo por

algún- (..) y siempre nos vamos a ver por eso le dije a él si esto llega a su fin pero mejor quedar como amigos quedar bien, a estar peleando como perros y gatos cosa que el día que tú tengas que llegarla a ver a ella le digo (.) yo no voy a estar con la carota tú no- no vamos a estar discutiendo y más por ella le digo tú llegas bacán hola cómo estás y punto le digo (p) me queda mirando y no me contesta pes me queda mirando y no me contesta y así va a ser o sea ya lo sé o sea mira yo me estoy haciendo esas ideas, pero realmente no sé qué va a pasar de repente quién sabe me sigo viviendo en la misma casa (GIP, 2018, sesión 10, líneas 0541 - 0560).

Respecto a la subcapacidad de “aceptar ayuda” la consultante puntuó medio en la fase inicial del tratamiento y pasó a puntuar alto hacia la fase final. Lo mencionado hace referencia a que en la fase inicial se observaba mayor dificultad para pedir ayuda, mientras que, en la fase final, mayor facilidad de obtener y considerar la ayuda de otros, viéndolos como objetos buenos. En el caso de Muriel, a inicios del tratamiento se observa que le cuesta encontrar apoyo en sus figuras cercanas, ya que estas no siempre se encuentran disponibles. Sin embargo, para la fase final del tratamiento Muriel acepta la ayuda de todos los objetos que ella ve como buenos, reconoce el apoyo fraterno, busca de manera activa la ayuda, y muestra agradecimiento y valoración.

Consultante: esta es para mí (p) bueno y también te agradezco porque (.) (..) por el tiempo, por la espera, por las veces que he llegado tarde, [o sea son] muchas cosas, a ti más bien debería agradecerte [porque] me diste tu tiempo para (.) para escucharme lo que me pasa (GIP, 2018, sesión 12, líneas 0181 - 0191).

Finalmente, respecto a la subcapacidad “desprenderse de vínculos, separarse” la consultante puntuó medio en la fase inicial del tratamiento y pasó a puntuar medio alto hacia la fase final. Lo mencionado hace referencia a que en la fase inicial se observaba

mayor evitación de las despedidas, más que, en la fase final Muriel puede elaborar sobre las separaciones con un adecuado sentimiento de dolor. En el caso de Muriel, en la fase inicial se puede observar el establecimiento de relaciones diádicas de dependencia, por lo cual le es difícil y dolorosa la decisión de separarse de su pareja. Sin embargo, para la fase final del tratamiento Muriel se encuentra en un rol más activo en la satisfacción de sus necesidades, llevando a que Muriel se sienta más empoderada. Si bien aún mantiene el dolor por la separación, este es comprendido por ella como algo a procesar. Además, se apoya en su identidad como madre para llevar a cabo esta separación.

Consultante: Necesito ser feliz y (p) dejar atrás lo que (.) algún momento como le dije a él? fuimos felices, le digo, fuimos felices en los años que se ha podido, fuimos felices y (.) eso es lo bonito, le digo (..) eso es lo bonito del, del matrimonio que hemos tenido, le digo y (.) de aquí (.) pa delante, le digo, te deseo lo mejor del mundo, le digo (.) aunque no me creas, le digo, es lo que te estoy diciendo porque por la cara que hace, los gestos que hace le digo, no me crees, pero sí te deseo lo mejor (.) si es con ella, con la que te andas viendo por San Miguel, con la que tú quieras, le digo te deseo lo mejor, pero eso sí (.) no te descuides de tu hija no, que nunca me voy a descuidar de mi hija (p) ahora que ya vamos a estar separados, le digo (.) no le des (.) más tiempo a otras cosas: que tu hija, le digo dale más tiempo a tu hija (.) porque ahorita va a ser más tiempo con ella ((respira)) (GIP, 2018, sesión 12, líneas 1201 - 1224).

En base a las variaciones expuestas en las distintas capacidades y subcapacidades, en sus polos hacia el self y hacia el otro, se pudo establecer a nivel cuantitativo/categorico que el nivel de integración en ambas fases del proceso fue “medio”, el cual se caracteriza por el mantenimiento de la disponibilidad de las funciones ya establecidas, pero de forma reducida, ya sea por la sobre-regulación, el mantenimiento de normas estrictas o de una

angustia de pérdida de objeto. Sin embargo, tras un análisis cualitativo de los resultados se pudo capturar con mayor fineza aspectos que, de otra forma, hubieran sido invisibilidades. Por ejemplo, el mayor uso de aspectos de su identidad hacia el final de las sesiones, como el hecho de ser madre o ser una mujer de su casa, o aspectos de sí que puedan desagradar al otro, como apoyo para lidiar con afectos difíciles como la incertidumbre, para proteger su autoestima y sobrellevar la separación o el mayor uso de proyecciones en la medida que se acerca la separación real de la casa de su esposo hacia el final de las sesiones. Asimismo, el análisis cualitativo permitió dar cuenta del viraje en la regulación de los propios intereses, de pasar de sobreponer los intereses de los demás por encima de los suyos a sobreponer los suyos por encima de los demás, con dificultades en ambos casos para lograr la armonización, el paso de una angustia de ser perjudicada por los objetos a una angustia por perderlos (y el claro rol de la figura del terapeuta en ello) o el cambio de objeto para satisfacer su necesidad de relación diádica: del esposo, a la hija. Finalmente, todas las variaciones mencionadas dan cuenta de una última, y quizás una de las más relevantes: el fortalecimiento de su capacidad de desprenderse de ciertos objetos externos (como su esposo) por lo cual en el siguiente apartado se discutirá exhaustivamente al respecto.

## Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo examinar los cambios en las capacidades estructurales de una mujer heterosexual violentada por su pareja tras un proceso de psicoterapia psicoanalítica breve. La herramienta de análisis utilizada fue el OPD 2, en específico el Eje IV Estructura (Grupo de Trabajo OPD, 2008), dado que permitió un enfoque a profundidad en el caso terapéutico individual de Muriel, permitiendo observar y entender sus funciones estructurales y variaciones al finalizar la intervención.

Aunque a primera vista, un examen superficial de los cambios cuantitativos/categoricos podría sugerir que no han ocurrido variaciones en las capacidades estructurales en el proceso psicoterapéutico de Muriel, salvo en la capacidad de vincularse con los objetos externos, el análisis cualitativo revela variaciones interesantes en su estructura subyacente. Este hallazgo coincide con la naturaleza irregular del cambio estructural (Hayes et al., 2007), pero, además, con lo rápido que pueden activarse procesos transformadores incluso en terapias de corta duración (Dagnino, 2014).

Respecto a la capacidad de autorreflexión, al principio de su tratamiento Muriel describe sus experiencias internas relatando su comportamiento o utilizando polaridades, como ser la "oveja negra" de su familia o una "buena mujer". Esto sugiere un nivel medio de integración en esta capacidad según el OPD (2008), en tanto el autorreflexión se dirige principalmente hacia el self conductual. Sin embargo, hacia el final de su tratamiento, Muriel hace más intentos de conceptualizar su dependencia, reconociendo cómo afecta sus interacciones con sus hermanos y su pareja y cómo interfiere con sus deseos. En las sesiones finales, Muriel reflexiona cada vez más sobre su dependencia económica, tratando de diferenciarla de mantener una relación romántica con su marido. Esto sugiere también un nivel medio-alto de integración en esta capacidad, ya que, aunque Muriel

sigue centrándose en lo que dice o hace, muestra una mayor capacidad para dirigir su atención hacia sí misma (Grupo de Trabajo OPD, 2008).

La reflexión de Muriel sobre la experiencia de la separación se alinea con las observaciones de casos similares, donde los individuos exploran las razones detrás de sus acciones y el significado asociado con sus experiencias (Walker, 2004). Los estudios que involucran poblaciones similares han demostrado que el psicoanálisis facilita la capacidad de las mujeres víctimas para describir sus sentimientos duraderos de amor o expresar dudas sobre el futuro de sus relaciones (Campbell et al., 1998). Además, se conoce que las sobrevivientes suelen experimentar varios cambios cognitivos durante el proceso de salida de una situación de abuso, incluido el reconocimiento y la reformulación de su comprensión de lo sucedido (Anderson y Saunders, 2003).

En esa línea, el desarrollo de la capacidad de autorreflexión es crucial para prevenir el re victimización, ya que comprender el significado de las experiencias traumáticas en el contexto de la propia historia tiende a reducir o poner fin a la repetición del trauma (Folk, 1989, citado en Crempien, 2012). En este contexto, se podría hipotetizar que la Terapia Dinámica Interpersonal (TDI) podría ser efectiva para mejorar el autorreflexión, tal y como se ha planteado en estudios que han utilizado la misma terapia (Díaz, 2021). El enfoque de la TDI en la reflexión en torno a un Foco Afectivo Interpersonal (FAI) podría ser particularmente beneficioso para las personas que han sido abusadas por sus parejas, han sufrido abuso infantil y están intentando separarse de su abusador.

Se conoce que en los casos de separación que implican violencia, tomar decisiones vitales mientras se experimenta miedo y amenaza no solo aumenta el estrés asociado con la separación, sino que también crea una experiencia fundamentalmente diferente (Walker, 2004). Por ello, en tanto la TDI emplea una combinación de técnicas de apoyo

y expresivas, así como técnicas directivas, que se alinean con las intervenciones recomendadas para las separaciones en el contexto de la victimización (Walker, 2004), la generación, clarificación y elaboración de información interpersonalmente relevante a través del trabajo en torno a un FAI parece haber ayudado a Muriel a reflexionar sobre la realidad de sus dolorosas experiencias.

Respecto a su capacidad de diferenciación afectiva, al inicio del tratamiento, Muriel muestra experiencias afectivas de orgullo, amor y fortaleza en diversos matices. Sin embargo, afectos como la resignación, culpa, temor o vergüenza son más predominantes y tienden a ser evitados en situaciones conflictivas. De manera similar, el enojo, desprecio o la resignación se expresan a menudo en forma de reclamo. Esta dinámica le otorga un nivel medio de integración, en el cual los afectos suelen ser evitados para mantener la estabilidad estructural (Grupo de Trabajo OPD, 2008). Hacia el final del tratamiento, aunque Muriel mantiene sentimientos de fortaleza y orgullo por sí misma, también hay un incremento en la pena y la resignación a medida que elabora su separación. Para mantener la estabilidad estructural, tiende a evitar sentimientos de culpa o dolor relacionados con haber denunciado a su esposo. Además, puede racionalizar el dolor o expresar su orgullo con tintes de reclamo. Esto sugiere que Muriel mantiene un nivel medio de integración según los criterios del OPD.

Ante lo mencionado pareciera que Muriel está elaborando la separación de su esposo sin entrar a la exploración de la culpa que la acompaña. Este funcionamiento sigue correspondiendo a la manera en la que elabora el conflicto de acorde a la disponibilidad de sus funciones estructurales. Ante ello, el Grupo de Trabajo OPD (2008) menciona que algunas formas de elaboración del conflicto (como la evitación de la culpa) llevan a que las funciones estructurales se desarrollen de modo insuficiente o solo están disponibles de modo restringido. El hecho de que Muriel presente un conflicto de culpa no resuelto

desde su infancia por no ser como su hermana, sobrellevado a modo de solución de compromiso con orgullo por ser “la hija más cercana a sus padres hoy”, se corresponde a la forma en la que finaliza la terapia: Sentirse orgullosa de sí evitando elaborar la culpa que le genera haber denunciado a su esposo. Esta ausencia de cambio en la capacidad de diferenciación afectiva sugiere que el proceso terapéutico pudo haberse enfocado más en la resolución del conflicto intenso de separación, la crisis inmediata que atañe el divorcio de Muriel, lo cual podría requerir que sus defensas se mantengan elevadas. Lo mencionado coincide con lo descrito por el OPD en relación al nivel medio de integración, en el cual indica que en muchas ocasiones ciertos afectos pueden ser evitados para mantener estabilidad estructural (Grupo de Trabajo OPD, 2008). En este contexto, es importante considerar que mecanismos de defensa como la disociación o negación, comúnmente utilizados por las víctimas de VPIH para enfrentar situaciones de estrés emocional como el divorcio (Both et al., 2019), podrían haber jugado un papel importante en la forma en la que Muriel se reguló durante la terapia, limitando así el cambio en esta capacidad.

Ante esto, la cuestión de la culpa que la víctima pueda sentir hacia su agresor es una de las más polémicas en la teoría de género, ya que cruza la delgada línea entre la direccionalidad del vínculo y la uniformidad (Bates, 2020), impidiendo la esperada diferenciación. En el contexto de la capacidad de diferenciación afectiva, es crucial entender cómo esta culpa puede afectar el cambio. Hablar de la racionalidad de la violencia implica reconocer las necesidades particulares de cada participante en la dinámica, tanto víctimas como perpetradores. Sin embargo, es importante considerar desde qué perspectiva se escucha cuando no se asume la responsabilidad del perpetrador o cuando se culpabiliza a las víctimas. Esto es relevante para evaluar cómo estas

dinámicas afectan la capacidad de autorreflexión y diferenciación afectiva de la víctima, y cómo podrían influir en el proceso de cambio durante la terapia.

Respecto a la capacidad de identidad, al inicio del tratamiento Muriel presenta una autoimagen e identidad psicosexual estable pero negativa en el tiempo y ante situaciones conflictivas solía aferrarse a dichas representaciones. Lo mencionado le otorga un nivel medio. Hacia el final del tratamiento, y en la medida que se hace mayor referencia a la separación, Muriel suele aferrarse en mayor medida a su papel de ser una mujer de su hogar o a su identidad como madre, lo cual le otorga fortaleza. De igual manera, ante la situación conflictiva de la separación, Muriel reafirma aspectos de su self que podrían desagradar a otro, lo cual podría ser un apoyo en su proceso de separación. Sin embargo, le otorga un puntaje medio bajo. Ante ello, se conoce que la reconstrucción de relaciones seguras contribuye a la reorganización de la identidad (Rosenbaum y Varvin, 2007), por lo que la situación intensa de romper con un vínculo violento pueda estar afectando el trabajo de integración de esta función. Lo mencionado se asocia a las investigaciones en trauma complejo con mujeres violentadas por sus parejas, las cuales refieren a que en tanto el proyecto personal esté en favor de los deseos y el control del victimario, lo mencionado genera conflictos en la construcción de una identidad propia y autónoma (Both et al., 2019). Sin embargo, coincide con progresos hacia aproximarse a partes desagradables de la identidad encontrados en intervenciones psicoanalíticas de corta duración (Stevenson et al., 2018).

Respecto a la diferenciación self objeto, en la fase inicial del tratamiento Muriel solía atribuir sus afectos, usualmente negados, a su hija, su esposo o al terapeuta. Por ejemplo, de forma recurrente solía proyectar sus deseos de cuidado y provisión hacia su hija, exigiendo a su expareja que cumpliera con estos. Lo mencionado le otorga un puntaje medio de integración. Para la fase final del tratamiento, y en la medida que Muriel elabora

en mayor cantidad sobre sus experiencias con su hija y reafirma su identidad como madre, se observa cómo proyecta sus propias preocupaciones o expectativas en su hija. En ocasiones busca que opine igual que ella intentando controlar su acción, como intento de garantizar su propia tranquilidad. Lo mencionado le otorga un puntaje medio de integración.

La investigación sobre una población similar en una terapia psicoanalítica breve sí evidencia variaciones en esta capacidad, pero solo en percepción sobre el analista. Las mujeres víctimas de VPIH que experimentan un cambio positivo son capaces de diferenciar que su analista no las juzgaría con dureza por expresar sus emociones, lo que demuestra que una terapia a corto plazo puede generar cambios significativos en esta capacidad (Stevenson et al., 2018). Por el contrario, en terapias a largo plazo con la misma población, la diferenciación entre el yo y los objetos se intensifica, llevando a las víctimas a percibir la dinámica terapéutica como un refugio y, a la vez, una prisión (Rosenbaum y Varvin, 2007). Lo mencionado sugiere la posibilidad de realizar un análisis más detallado del cambio al examinar interacciones específicas con objetos específicos; no obstante, esto excede el alcance de la presente investigación.

Respecto a la percepción de objeto total, en la fase inicial del tratamiento se evidencia en las descripciones de su pareja, dado que, debido a la violencia ejercida por él, mantiene descripciones denigradas o devaluadas hacia su rol de cuidador. Lo mencionado le otorga un puntaje medio de acuerdo al OPD (2008). Esta percepción también suele estar en función a si sus necesidades de cuidado y reconocimiento están satisfechas o no. En la fase final del tratamiento Muriel mantiene el mismo puntaje, así como su tendencia a la polarización de la percepción del objeto en función a sus conflictos. Esta tendencia puede entenderse a la luz de lo crucial que puede ser para las víctimas de violencia obtener cierto control sobre sus experiencias. Esto a menudo

implica exagerar ciertos aspectos de la otra persona, reconociendo que el control ejercido por otros significativos sobre su vida ha obstaculizado su autoformación y desarrollo personal (Both et al., 2019).

Este control percibido sobre los objetos, que puede ser necesario para salir de la relación abusiva, conlleva el riesgo de evitar la reflexión sobre cómo ciertas relaciones inevitablemente se volverán dolorosas, decepcionantes o poco confiables. Sin embargo, coincide con el hecho de que justamente estas experiencias pueden ser las más difíciles de abordar en terapias como el DIT (Lema et al., 2019). Sin embargo, el hecho de que el paciente pueda ser colaborado, más que un recipiente activo o víctima puede en algunos casos ser aprovechado para abordar esta idealización/devaluación.

Respecto a la percepción realista del objeto si bien en la fase inicial del tratamiento se observó una limitación para percibir al otro de forma realista considerando sus intenciones internas y situación externa, lo cual le otorgaba un puntaje medio, en la fase final del tratamiento se observó en mayor medida el uso de proyecciones en la representación de la imagen del otro, lo cual le otorgó un puntaje bajo. Por ejemplo, al final de las sesiones Muriel hace referencia a que su esposo va a ser libre y que va a poder hacer lo que él desee en su casa. Sin embargo, esta representación de él como alguien “libre “o que “va a tener más tiempo” podría estar más asociada a su propia angustia de salir de aquella casa y las restricciones que eso le va a conllevar. Lo mencionado puede dar cuenta de la dificultad de Muriel para enganchar en el enfoque interpersonal debido a su contexto e historia de vida marcado por la violencia de género. Si bien se sabe que las percepciones realistas del objeto, así como de uno mismo, se basan en la realidad de la experiencia del paciente y se adaptan a las circunstancias relacionales cambiantes (Muevo, 2023), una desintegración en esta área puede indicar el comienzo de un proceso complejo, incluso en la transferencia. Lo mencionado indica la necesidad de mayor

estudio de puentes entre el psicoanálisis y teoría del trauma para afinar las intervenciones terapéuticas.

Respecto a la capacidad de manejo de impulsos al inicio del tratamiento se observa o un control excesivo de los impulsos agresivos o un rechazo defensivo de estos, limitando su capacidad de respuesta. Aunque en ocasiones, aquella sobre regulación no lograba contener los afectos, lo cual terminaba expresándose como un comportamiento impulsivo. De forma similar, en la fase final del tratamiento prima la sobre regulación, sobre todo de los afectos de tristeza intensa. Inclusive, puede aparecer un aspecto superyoico crítico que la inhibe y la devalúa. Lo mencionado la mantiene con puntaje de integración medio para esta capacidad. Estos resultados difieren de lo encontrado en terapias focales de corta duración en pacientes con depresión, en donde se ve una mejora en esta función hacia el final del tratamiento (Díaz, 2021). Sin embargo, se asocian a investigaciones en mujeres violentadas por sus parejas que han experimentado trauma infantil, que indican que es posible que algunas mujeres que sufren varias formas de trauma tuvieran dificultades para diferenciar la mentalización auténtica de formas más sutiles de pseudo mentalización (Fonagy, 1998). Se conoce que aumentar esta capacidad puede permitir una mejor autorregulación de los estados emocionales y formar relaciones más saludables (Dimaggio et al., 2020).

Respecto a la capacidad de tolerancia afectiva, al inicio del tratamiento se observa una predominancia en la dificultad para aceptar afectos incómodos, tales como la indignación, la vergüenza, la ira o la tristeza. De forma similar, en la fase final Muriel se evidencia la dificultad de Muriel para tolerar plenamente sus emociones a través de diversos mecanismos, como recurrir al rol de ser madre como posible forma de no lidiar con la incertidumbre, la crítica como mecanismo para calmarse, o he hecho de empezar a sentir de que está “aguantando” a su pareja podría indicar la represión de sus afectos por

un largo periodo de tiempo en lugar de expresar y elaborar su disconformidad. De por sí, Muriel tiende a ordenarse como sentir y “estar bien” parece ser un nuevo mandato superyoico dado cuenta de su dificultad para tolerar los afectos negativos en el contexto que la rodea. Lo mencionado la mantiene con puntaje de integración medio para esta capacidad tal y como lo entiende el OPD (2008), en cuyo nivel los afectos intensos son controlados mediante la sobrerregulación. Fonagy y Bateman (2006) en su estudio con personas con Trastorno Límite de la Personalidad han resaltado que el trabajo sobre la mentalización, el cual incluye entender e interpretar los estados mentales propios y los de los demás, puede elevar esta capacidad. Detrás de esto se encuentra la importancia de aproximaciones terapéuticas que se enfoquen en mejorar la conciencia, la expresión en personas con historia de trauma complejo.

En cuanto a la regulación de la autoestima, en la fase inicial del tratamiento, Muriel mostró una tendencia a desvalorizar, con sentimientos predominantes de vergüenza o incapacidad. Al mismo tiempo, se dieron casos de una autoimagen idealizada o exigente. En la fase final del tratamiento, aunque las expresiones de auto desvalorización fueron menos frecuentes, su autoestima siguió estando muy influida por su desempeño como madre o su capacidad para ayudar a los demás. Sin embargo, esta autoestima podía verse alterada durante eventos significativos como la separación real de su marido, evidenciada por conductas como acostumbrarse a dormir en el suelo, con dificultades para conversar sobre las consecuencias para su salud física o el impacto que aquello pueda generar en su hija. Por lo mencionado, mantuvo una puntuación media en integración, lo cual indica que su autoestima se alteraba ante fracasos o diferencias de opinión, y requería la confirmación de los otros para su regulación (Grupo de Trabajo OPD, 2008). La falta de variaciones en esta función sugiere que las 12 sesiones de intervención con Muriel pueden no haber enfatizado lo suficiente el desarrollo de sus

fortalezas internas, lo cual es crucial para contrarrestar los efectos del abuso psicológico (Brown, 1998) Sin embargo, es esencial considerar que esta perspectiva intrapsíquica debe complementarse con el reconocimiento de los obstáculos externos. Crempien (2012) indica que tanto los obstáculos internos como externos deben ser reconocidos para valorar plenamente los cambios estructurales y los recursos disponibles. Walker (2004) también sugiere que los modelos de tratamiento eficaces deben abordar tanto los estresores externos como internos para aumentar los recursos de afrontamiento.

La ausencia de cambio en la regulación de la autoestima de Muriel llama a recordar que sus recursos tanto internos como externos para que sea posible un cambio en esta capacidad siguen siendo limitados, y aun así enfrenta una multiplicidad de desafíos en el proceso de separación. Por ejemplo, la dificultad económica para adquirir una cama para ella y no dormir en el suelo para priorizar el cuidado de su hija es una limitación concreta en el ejercicio de su maternidad que refleja cómo el entorno desfavorable puede perpetuar situaciones que podrían ser humillantes y al mismo tiempo limita su capacidad de toma de decisiones empoderadas (McCarthy et al., 2011; Both et al., 2019). Hablar sobre las limitaciones del entorno podría ayudar a Muriel a hablar sobre sus sentimientos ante ello, y en el futuro, darle más agencia para tomar decisiones que la empoderen.

Considerando lo anterior, es importante reconocer las potenciales limitaciones del tratamiento DIT en su duración o intensidad para lograr cambios significativos en la regulación de la autoestima. Un abordaje interdisciplinario, que incorpore profesionales que apliquen técnicas de autocuidado más directivas, puede ser beneficioso (Solar, 2018). Una revisión integrativa de la literatura sobre intervenciones psicoanalíticas grupales para desarrollar la función reflexiva en madres de bebés recién nacidos destaca la necesidad de prestar especial atención al cuidado físico de las mismas sobre todo si la historia de

sus relaciones está teñida de violencia se encuentran en contextos de vulnerabilidad social. La investigación concluye que, especialmente cuando las intervenciones son de corta duración, el trabajo interdisciplinario es beneficioso para el cuidado de la integridad física de la madre, y, además, beneficioso para que reconozcan las necesidades físicas de su bebé (Bullón, 2021). Los resultados en Muriel evidencian un entrecruzamiento complejo entre el re victimización resultante de la separación de su relación violenta y la alteración de las funciones psíquicas, como la regulación de la autoestima, que la sostienen en su rol de madre. Por lo tanto, puede ser crucial un tratamiento más especializado y multidimensional que considere abordajes grupales para abordar estas interacciones.

Respecto a su capacidad para proteger relaciones al inicio del tratamiento se observa que en gran medida su agresividad la dirigía a sí misma. Sin embargo, en ocasiones solía expulsar su agresividad contenida hacia el otro. Hacia el final del tratamiento Muriel sigue presentando dificultades para elaborar su agresión o su tristeza en el contexto de proteger relaciones. Por ejemplo, prefiere no contarle sobre cómo se siente a su madre de modo de proteger la relación. Otra manera en la que Muriel evidencia que mantiene dificultades para elaborar sus emociones lo cual puede llegar a afectar sus relaciones interpersonales está presente en la idea de evitar acercarse para prevenir su dolor. Lo mencionado la mantiene en un puntaje medio de integración e indica una elaboración parcial de las relaciones (Grupo de Trabajo OPD, 2008). Esta falta de cambio sugiere que el vínculo de dependencia en el que las mujeres víctimas de VPIH se ven envueltas (Montero, 2001) podría continuar operando como un mecanismo de adaptación en sus relaciones hacia la fase final del tratamiento, obstaculizando el cambio en la función de regular sus propios intereses, obstaculizando una el cambio en la capacidad de manejar y proteger sus relaciones de manera más saludable. Estos resultados coinciden

con lo encontrado en investigaciones previas que, sugieren que la dificultad de las víctimas de VPIH para elaborar y expresar sus emociones de manera saludable puede afectar sus relaciones interpersonales (Both et al., 2019). Para los autores, la dependencia como mecanismo de adaptación obstaculiza el crecimiento personal y el cambio en esta capacidad.

Respecto a la capacidad de regular sus intereses, al inicio del tratamiento se observó su tendencia a sobreponer los intereses de los demás por encima de los suyos, llevándola a una forma complaciente de relación. Hacia el final del tratamiento se puede observar como Muriel intenta hacer valer sus propios intereses en la mayoría de sus relaciones, no siendo muy común que considere adecuadamente los del otro. Se observa como constantemente anteponer sus propios intereses a los de su hija, lo cual le dificulta escucharla o acompañarla en sus propios procesos más allá de sus propias preocupaciones. Lo mencionado la mantiene en un puntaje medio de integración. Coincide con lo encontrado en investigaciones psicoanalíticas de corta duración en contextos similares, en la cual, si bien la paciente se da cuenta de que suele anteponer los intereses de los demás por encima de los suyos, le resulta complejo considerar ambos (Stevenson et al., 2018). Además, el hecho de que las víctimas de VPIH experimenten dificultades en la regulación de sus propios intereses y necesidades debido a vínculos de dependencia emocional con sus agresores, lo cual obstaculiza el cambio y evolución en la capacidad de manejar relaciones de manera saludable (Both et al., 2019) se refleja claramente en el caso de Muriel. Además, situación de encontrarse en un proceso de divorcio, tener una hija con su agresor complica aún más la capacidad de regular sus relaciones, en tanto que la proximidad y las responsabilidades compartidas con su agresor podrían dificultar la regulación de las propias necesidades frente a la de los demás (Crempien, 2012).

Respecto a la capacidad de anticiparse, en la fase inicial del tratamiento se observa una anticipación de la crítica ajena, en base a experiencias previas similares. En la fase final del tratamiento, Muriel continúa anticipando reacciones negativas del otro frente a la propia conducta y dichas expectativas suelen confirmarse. Lo mencionado la mantiene en un puntaje medio de integración, definido como anticipación exagerada de reacciones negativas de los otros frente a la propia conducta. Esta falta de cambio en la capacidad de anticiparse podría estar profundamente arraigada en las experiencias narradas por Muriel, en las cuales la crítica o desaprobación por parte de sus padres hacia ella eran comunes. Lo mencionado coincide con lo encontrado en investigaciones de víctimas de VPIH y lo asocian al conflicto de cuidado versus autosuficiencia (Both et al., 2020). Además, la anticipación constante de la molestia de otros puede reflejar una estrategia de supervivencia para manejarse en un entorno abusivo y, aunque lo mencionado la pueda proteger, se podría volver disfuncional en contextos más seguros (Walker, 2004).

Respecto a la capacidad de vivenciar los afectos, en la fase inicial del tratamiento los predomios de emociones negativas de Muriel son expresados en su mayoría como reclamos o críticas hacia ella misma. De otra forma, en lugar de narrar sus afectos, describe su comportamiento. Hacia el final de las sesiones, Muriel sigue mostrando en su mayoría la vivencia de sus afectos adscrita a ciertos roles sociales, como ser buena hija o buena madre. Lo mencionado la mantiene en un puntaje medio de integración tal y como lo define el OPD (2008). Mantener un puntaje medio en esta capacidad sugiere que Muriel todavía enfrenta dificultades para reconocer, procesar y utilizar sus emociones de forma aplana. Lo mencionado es consistente con lo observado en mujeres que han vivido experiencias similares, quienes pueden tener dificultades en reconocer y utilizar sus emociones en sus vidas en mayor medida que mujeres que no han experimentado este tipo de violencia (Tsirigotis & Łuczak, 2015). Además, el hecho de que Muriel

experimente y exprese sus emociones dentro de los límites de sus roles sociales (ser madre) puede estar vinculado a expectativas culturales y sociales conservadores sobre el comportamiento femenino, especialmente en contextos de VPIH cuando los ingresos económicos son escasos (Crempien, 2012), como lo es en el caso de Muriel.

Las fantasías de Muriel al inicio del tratamiento suelen girar en torno al daño. Sin embargo, hacia el final del tratamiento Muriel en ocasiones prefiere sobre regularse a fantasear. Lo mencionado no le permite ni crear elaboraciones amenazantes u otras que le permitan protegerse, pero la hace pasar de un nivel medio bajo de integración a un nivel medio.

Respecto a la capacidad de establecer contacto, en la fase inicial del tratamiento da cuenta de su relación vital con personas de su pasado, como con su familia o amigas, aunque se observa poco interés por establecer relaciones nuevas, particularmente con figuras masculinas, asociado a su miedo a ser dañada. Hacia el final del tratamiento, Muriel mantiene el interés por el contacto con sus relaciones vitales más significativas, la relación con su hermana, su hermano, su amiga y su hija. Sin embargo, establecer contacto con la figura del terapeuta cobra particular relevancia para su sensación de bienestar y seguridad. Lo mencionado la mantiene en un nivel medio alto de integración. Se conoce que el impacto de la soledad en el contexto de violencia de pareja es crucial, dado que las víctimas pueden tener que aislarse y aquello puede empeorar su situación de salud mental (Kunst et al., 2010). Además, se conoce que víctimas de violencia muestran frecuentemente entumecimiento emocional y alteraciones cognitivas, lo que puede conducir a dificultades para formar conexiones y establecer contacto con los demás (Avdibegović y Sinanović, 2006). Además, según Condino et al. (2022), habilidades de mentalización, que podrían haber sido adquiridas a través de experiencias de cuidado positivas en el pasado, están asociadas con un apego seguro y actúan como un factor

moderador en la relación entre las experiencias traumáticas tempranas y los desarrollos posteriores. Sin embargo, el hecho de que aún mantenga un puntaje medio alto de integración sugiere que estas habilidades no han sido suficientes para superar completamente sus dificultades en establecer contacto fuera de sus relaciones más significativas y con nuevas figuras masculinas. La importancia de la relación con el terapeuta para su bienestar y seguridad destaca la necesidad de enfoques terapéuticos que no solo se enfoquen en el pasado, sino también en fortalecer la capacidad de Muriel para formar nuevas relaciones y expandir su red de apoyo (Lemma et al., 2018).

Respecto a la capacidad de comunicar los afectos, si bien en la fase inicial del tratamiento se observó por momentos una comunicación vivaz con ciertas limitaciones vinculadas a situaciones conflictivas. Lo mencionado le otorga un puntaje medio alto para esta capacidad. En la fase final de tratamiento primario se observó mayor cantidad de episodios en donde, debido a dificultades para diferenciar los afectos o por un predominio de afectos negativos, primaba la restricción en la comunicación de los mismos. Lo mencionado le otorga un nivel medio de integración. Aun así, con participación del terapeuta Muriel lograba expresarse con mayor variedad en relación a sus angustias. Se conoce que las víctimas de violencia de pareja pueden tener dificultad para articular verbalmente sus emociones (Valian y Rosa, 2022). Lo mencionado puede ser consecuencia de un entumecimiento emocional y cognitivo (Walker et al., 2004), así como de una alteración en su capacidad de mentalización (Condino et al., 2019). Además, el hecho de que Muriel experimente mayores restricciones en la comunicación de sus afectos puede reflejar la necesidad de un trabajo continuo y enfocado en fortalecer esta habilidad, pero, además, la creación de todo un entorno que promueva la seguridad y confianza necesaria para una comunicación emocional enriquecida.

Respecto a su capacidad de empatía, en la fase inicial del tratamiento se observa que Muriel puede empatizar con la vivencia interna de sus otros significativos. Sin embargo, muchas veces la empatía se ve intermediada por sus propias necesidades de cuidado o validación. Hacia el final del tratamiento Muriel continúa evidenciando como muchas veces su empatía, como hacia su hija, puede estar influenciada por sus angustias, generando dificultades para comprender ciertos aspectos de su mundo interno. Con su pareja, Muriel suele reducir su empatía hacia él tendiendo a comprender el mundo interno de Saúl desde su propia experiencia, no logrando comprender sus afectos. Lo mencionado la mantiene con un puntaje medio de integración. Además, sugiere que mujeres en contexto de separación, que llevan consigo una historia de trauma relación complejo, de hecho, pueden tener dificultades para el desarrollo de esta función en el contexto de su trabajo psicoterapéutico (Sullivan et al., 2018). El trauma y las experiencias de VIPH pueden afectar profundamente la capacidad para sintonizar con los estados emocionales de los demás, ya que la propia supervivencia emocional y la regulación interna se convierten en prioridades (Crempien, 2012).

En cuanto a la capacidad de internalización de Muriel, durante la fase inicial del tratamiento sus imágenes objetales predominantes son críticas, violentas, descuidadas o negligentes. Aunque menciona a objetos que no pueden satisfacer imágenes de cuidado, como sus padres o amigas, se refiere mayormente a objetos amenazantes que la dañan, en particular. Esto resulta en una puntuación media-baja para su capacidad de internalización.

Hacia la fase final del tratamiento, a medida que Muriel profundiza sobre la separación de su esposo, empieza a reportar representaciones asociadas a la angustia de perder el objeto significativo. La separación real parece necesaria para desencadenar esta angustia. Al mismo tiempo, Muriel experimenta angustia ante la posibilidad de perder la

guía del terapeuta, lo que puede percibirse como amenazante, lo que resulta en una puntuación media para esta fase. Lo mencionado se alinea con experiencias de psicoterapia psicoanalítica de corta duración en pacientes víctimas de violencia de pareja, en las cuales la figura del terapeuta suele ocupar el lugar de objeto bueno (Condino et al., 2022; Stevenson et al., 2019).

En la experiencia de la Terapia Dinámica Interpersonal (DIT), aspectos como la entrega de una carta física escrita por el o la terapeuta puede contribuir a la internalización de una figura de apego reciente pero significativa (Lemma et al., 2018). Esto puede ayudar a los pacientes a recordar su terapia, reflexionar sobre sus experiencias o simplemente extrañar a su terapeuta. Sin embargo, escribir la carta puede ser un proceso doloroso para el terapeuta, especialmente cuando los resultados terapéuticos no fueron tan exitosos como se deseaba (Lemma et al., 2018). Lo mencionado coincide con el sufrimiento psíquico que implica el trabajo con mujeres violentadas, caracterizados como frustración o desaliento debido al lento ritmo del cambio (Eisirik, 2006; McCarthy et al., 2011; Fração y Barcellos, 2020). En esencia, ocupar el lugar de objeto guía, de apoyo y bueno también implica la capacidad del terapeuta de simbolizar experiencias dolorosas.

Sin embargo, la angustia expresada de Muriel por la posible pérdida de su objeto guía - el terapeuta - indica el comienzo de un proceso iniciado respecto a ser crítica y reflexiva respecto a la situación de su dependencia a su relación de violencia, favorecido además por la atención a un FAI. La capacidad de Muriel para criticar su situación es crucial para prevenir el re victimización, mantener mecanismos de afrontamiento más adaptativos y, paradójicamente, mejorar la adherencia al tratamiento (Both et al., 2020). Así, aunque la terapia es de corta duración, se puede plantear la hipótesis de que la ansiedad en torno a la potencial pérdida del objeto guía internalizado crea

simultáneamente un espacio para trabajar la capacidad de separación, tema que se abordará con mayor detalle más adelante.

Respecto a la capacidad de uso de introyectos se observa que en la fase inicial del tratamiento imágenes internas con características negligentes y amenazantes, lo cual incurre en la sensación de no poder sola o que todo lo malo le ocurre a ella. Lo mencionado le otorga un puntaje medio para esta capacidad. Sin embargo, para la fase final del tratamiento emergen imágenes internas con características de cuidado y aliento, lo cual incurre en que, con esfuerzo, Muriel se anime a cuidar de sí misma. Lo mencionado le otorga un puntaje medio alto. Estos hallazgos se alinean con estudios similares en los que las víctimas son capaces de activar relaciones objetales buenas y empáticas para tratarse a sí mismas con mayor aliento (Rosenbaum y Varvin, 2007; Stevenson et al., 2018).

Esto demuestra la falacia de etiquetar a las personas con trastornos de personalidad basándose únicamente en su dificultad para el autocuidado o expresar vulnerabilidad debido a un trauma relacional complejo (Saín et al., 2010). En el caso de Muriel, sus padres la amenazaban y castigaban físicamente constantemente por no ser tan inteligente como sus hermanos y le decían repetidamente que "las mujeres son para el hogar". Esto indica una mayor disponibilidad de objetos amenazantes que de cuidado, lo que refleja la dinámica patriarcal de su infancia (Fridman, 2011).

El desarrollo de una nueva imagen interna positiva de Muriel (el "foquito de luz") significa nuevos límites y alcances para su propia voluntad, como su deseo de evitar la tristeza, mantener la calma y ser feliz. Sin embargo, se podría hipotetizar cierto eco de los mandatos patriarcales que promueven el silenciamiento del sufrimiento (De Lorenzo, 2020). Sin embargo, evidenciar marcadores de este tipo excede la discusión de este resultado específico. Aunque, podría ilustrar que los cambios en las capacidades

estructurales están influenciados por una red compleja de fuerzas constitutivas, históricas y culturales, que no se pueden entender de forma aislada de la historia personal y el contexto cultural.

Respecto a la variedad de los vínculos, tanto en la fase inicial como en la fase final del tratamiento, su manera de relacionarse con sus vínculos parece estar restringida a la búsqueda de satisfacción de sus necesidades y deseos, cuidado y provisión, lo cual la mantiene en una puntuación media en la capacidad “variedad de vínculos”. Se observa una fuerte relación diádica con la hija, buscando ser su amiga sin diferenciar entre su propia angustia de separación de las necesidades de estudio de su hija. En su relación con su esposo, se observa el predominio de un vínculo instrumentalizado. Lo mencionado coincide con los estudios de Benjamin (1988) sobre las estructuras relacionales complementarias. En estas estructuras, la relación intrapsíquica “de dos” (tones) arrastraría a cada parte a la reactividad creciente del otro sin espacio potencial para la tercerad. En el caso de Muriel, este funcionamiento diádico no permite la observación del conflicto que se repite o se traslada a sus diversos vínculos. Lo mencionado llama a reflexionar sobre la idea de pensar de que en 12 sesiones las imágenes internas de una persona que ha experimentado vínculos violentos desde su infancia serán variadas, múltiples o triásicas ¿qué sucede cuando lo que corresponde es escapar o romper con realidad?

Sin embargo, el enfoque relacional del DIT, además de proporcionar un abordaje dinámico, usa la relación terapéutica como vehículo de cambio, con flexibilidad para aplicar el modelo en respuesta a las necesidades y contexto de la persona (Lemma et al., 2018). Esto coincide con la postura intersubjetiva que apela a evitar la autoridad del analista favoreciendo una constante acomodación y negociación de las diferentes realidades. Precisamente, Benjamin (2000) se refiere a estos “lazos del amor”,

mencionando que el problema en la cuestión de salir de la dualidad complementaria es la tendencia a evadir esta forma de relacionarse de los pacientes, en lugar de abrazarla. Es la postura de ver aquello como un fracaso más que como parte de cómo son las cosas (Butler, 2000; Benjamin, 2000).

Respecto a la capacidad de vincularse, al inicio del tratamiento se observa como Muriel otorga a los otros una relevancia excesiva en su forma de vincularse, por ejemplo, otorgando un alto valor a las opiniones del resto como guías para su conducta. Lo mencionado se veía reflejado en las relaciones de dependencia con la mayoría de sus vínculos. Hacia la fase final del tratamiento se sigue manteniendo la valoración excesiva del cuidado que le ofrecen los demás y se mantiene la dependencia, por momentos ambivalente, con su esposo, lo cual le genera confusión y la mantiene en una puntuación media en su capacidad de vincularse. Si bien la vinculación a través de la dependencia se mantiene, lo cual indica el alto riesgo de re victimización de Muriel (Herman, 1992), lo mencionado da cuenta de la gravedad del desarrollo de vínculos traumáticos, en los cuales cualquiera acción independiente es vivenciada como una insubordinación, dado que el perpetrador continúa siendo parte del mundo interno de la víctima (Saín y colas, 2010), como lo refleja la ambivalencia hacia la figura de su esposo. Lo mencionado coincide con las investigaciones en trauma complejo que sugieren que los sobrevivientes tienen el riesgo de establecer esta forma de vincularse de forma sistemática y estable de relacionarse con los demás, como forma de ganar control sobre la experiencia (Crempien, 2012). Por lo tanto, la identificación de este mecanismo es crucial para orientar el foco de la intervención del terapeuta.

Sin embargo, la ambivalencia demostrada por Muriel en este punto podría indicar inicios o ligeros esbozos de un conflicto de individuación versus dependencia. Sin embargo, se podría hipotetizar que por el contexto de trabajo de sesiones breves no es

posible representar. Es importante recordar que el conflicto puede ser visto como la pieza teatral con diversos personajes, representados en un escenario, que vendría a ser la estructura, pre requisito para la representación (OPD Task Force, 2008). Dicho de otro modo, el hecho de tener que culminar las sesiones, el teatro donde ocurriría la representación, limita en cierta medida el desarrollo del self de Muriel. Lo mencionado es consecuente con intervenciones psicoanalíticas breves a víctimas de violencia íntima de pareja en donde también se muestra una figura de ambivalencia hacia el terapeuta hacia las sesiones finales expresadas en frases como “Deber haber otras personas que te necesitan más que yo” (Caso Mildred - Stevenson et al., 2018) o en el caso Muriel “no hay problema, si con eso si mi caso otras lo puedan, otras personas lo puedan este tomar de ejemplo o seguir (...) pero si dices que no va a aparecer el nombre o sea normal Santiago confío en tu palabra, confío en ti no hay problema”.

Respecto a la capacidad de aceptar ayuda, al inicio del tratamiento se observó que Muriel tenía dificultades para encontrar apoyo en sus figuras cercanas, ya que no siempre estaban disponibles, lo que le dio un puntaje medio de integración en la función de aceptar ayuda. Sin embargo, en la fase final del tratamiento, Muriel aceptó la ayuda de todas las personas que consideraba buenas, reconoció el apoyo fraternal, buscó ayuda activamente y mostró gratitud y aprecio. Esta mejora le dio un puntaje alto en esta función. Estos resultados se alinean con los hallazgos de intervenciones psicoanalíticas a largo plazo para pacientes con trauma complejo, que informan que dichas intervenciones contribuyen a establecer relaciones de apoyo tanto en las esferas personal como social (Rosenbaum y Varvin, 2007).

Los cambios observados sugieren que la capacidad de aceptar apoyo puede movilizarse desde las primeras etapas de la terapia. Considerando que la interacción terapéutica es el principal vehículo para el cambio (Lemma et al., 2010), se puede inferir

que la dificultad inicial de Muriel para aceptar ayuda y ver a los demás como buenos objetos se superó porque su analista adoptó con éxito un rol de apoyo. Esto contrasta con la posición común de los terapeutas hacia los pacientes maltratados, que en ocasiones puede sentirse persecutoria cuando “intentan ayudar” (Fridman, 2019).

En contextos de violencia y de escasos recursos económicos, la función de aceptar apoyo juega un papel crucial. Both et al. (2020) indica que representa un obstáculo interno que limita a los individuos incluso cuando hay recursos externos disponibles. Adicionalmente, Crempien (2012) reporta que las mujeres con bajos ingresos económicos no enfatizan tanto los factores externos (sociales, legales) al enfrentar la violencia, lo que las pone en desventaja ya que no consideran buscar apoyo legal o terapéutico. Sin embargo, se podría hipotetizar de que el hecho de que Muriel considerara el apoyo estatal, más la disponibilidad de los CEM, formó parte de la irrupción al circuito recursivo del revictimización (Both et al., 2019). Dicho de otro modo, la disponibilidad de recursos externos favoreció su capacidad psíquica para pedir ayuda (Humphreys y Thiara, 2003).

Respecto a la capacidad de desprenderse de vínculos, separarse, en la fase inicial se puede observar el establecimiento de relaciones diádicas de dependencia, por lo cual le es difícil y dolorosa la decisión de separarse de su pareja. Lo mencionado le otorga un puntaje medio en su capacidad de desprenderse de vínculos. Sin embargo, para la fase final del tratamiento Muriel se encuentra en un rol más activo en la satisfacción de sus necesidades, llevándola a sentirse más empoderada. Si bien aún mantiene el dolor por la separación, este es comprendido por ella como algo a procesar. Además, se apoya en su identidad como madre para llevar a cabo esta separación. Lo mencionado le otorga un puntaje medio alto en esta capacidad. Estos resultados se alinean con aspectos logrados en intervenciones psicodinámicas de corta duración en contexto similares como el hecho de empezar un trabajo de duelo por la pérdida de vínculos significativos (Stevenson et al.,

2018). Además, son coherentes con el complejo interjuego de reflexión, procesamiento de las emociones y factores motivacionales que implica salir de un ciclo de violencia íntima de pareja (Both et al., 2019).

Parecer ser que la experiencia terapéutica para Muriel la puede haber brindado un espacio para la reflexión sobre el propio dolor o reconocimiento de aspectos dolorosos de la relación e historia pasada en su contexto de separación. Además, el hecho de que ella vea a la separación como algo a procesar en lugar de un suceso aislado da cuenta de mayor regulación de sus emociones. Lo mencionado está asociado a un funcionamiento cognitivo y de manejo emocional de mayor heterogeneidad tal como lo plantea el Grupo de Trabajo OPD (2008) y da cuenta de la interrelación entre capacidades en la formación de ella como sujeto. Además, los resultados del “agarre” de Muriel hacia su identidad de madre en el contexto de separación coincide con investigaciones sobre separaciones en contexto de victimización, que indica que la presencia de hijos de separación incluye mayor necesidad de recursos financieros, tensión en el rol y cuestiones legales más complejas (Walker et al., 2004).

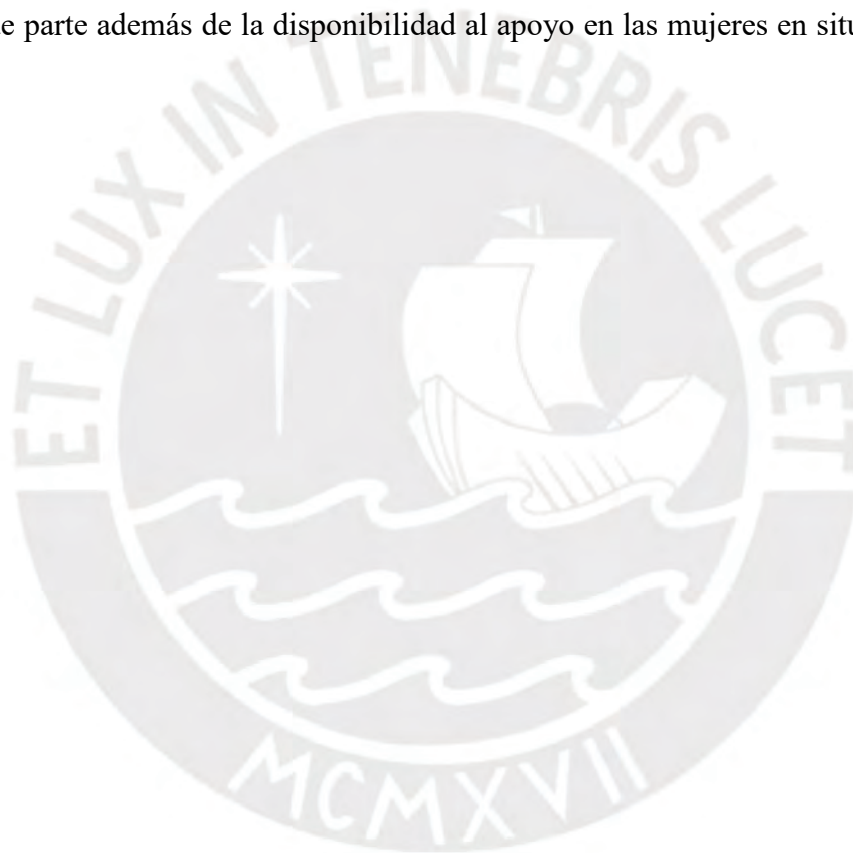
## Conclusiones

La evaluación de Muriel, una mujer con historia de trauma relacional complejo y violencia íntima de pareja actual, al inicio y al final de la psicoterapia DIT, otorgó una mirada profunda de su funcionamiento estructural. Esta aproximación permitió identificar cambios sutiles en diversas subcapacidades de su funcionamiento general global. Hacia el final del tratamiento, Muriel demostró un funcionamiento más integrado de en 1 de las 8 subcapacidades y variaciones en 10 de 24 dimensiones. Esta aproximación usando el OPD-2 permite la observación de la interacción dinámica entre sus funciones psíquicas, como la interrelación entre variables intra e interpersonales, como aspectos de vínculo con aspectos cognitivos y de manejo.

Considerando el funcionamiento estructural con el cual Muriel llegó a sesiones, es evidente que su historia de vida tuvo un impacto profundo en sus patrones relacionales. Sus cambios observados se alinean con los cambios observados por Walker et al. (2004), Rosenbaum y Varvin (2007), Crempien (2012) y Both et al. (2019) anticipados en terapias efectivas, indicando que hacia el final del tratamiento puedan haberse dejado un trabajo en proceso en el desarrollo de su diferenciarse, manejarse y vincularse de forma distinta. Este estudio resalta que una terapia de 12 sesiones, enfocado en el trabajo sobre un patrón relacional central, puede llevar a una mayor integración en algunas funciones estructurales vulneradas en una paciente con trauma relacional complejo y en un contexto de separación por violencia íntima de pareja. El resultado es consistente con estudios de psicoterapias psicodinámicas focalizadas en población similar (Stevenson et al., 2018). La terapia facilitó a Muriel un procesamiento de su dolor, ayudando a navegar la dependencia. Este proceso guarda consigo la importancia del foco en patrones relaciones y la importancia de un acompañamiento que facilite la reflexión propia y el procesamiento emocional, dejando de lado la evitación del dolor. a modo de apoyar a las víctimas de este

tipo de violencia a librarse de relaciones de abuso y apuntar a otro tipo de dinámicas relaciones en el futuro.

Finalmente, además, llama a reflexionar sobre la manera en la que se piensa a nivel social y cultural, la confusión emocional que sienten las víctimas, en un contexto en el cual las personas quienes dicen quererlas son controladores e intermitentes con ellas. Finalmente, invita a pensar que el funcionamiento psicodinámico, la prevención de la violencia, y el aseguramiento de una vida independiente se habilita en un constante apoyo externo que parte además de la disponibilidad al apoyo en las mujeres en situaciones de violencia.



## Referencias

- Abraham, K. (2017). La formación del carácter en el nivel genital del desarrollo de la libido. *Afectivo Societarias*, 14(26), 45-67. Amorrortu Editores. Recuperado de <http://bitly.ws/DGdu>
- Agüero, J. M. (2018). Prevalence of violence against women among different ethnic groups in Peru. *InterAmerican Development Bank*, 43-43. Recuperado de <http://bitly.ws/DGdz>
- Anderson, D. K., & Saunders, D. G. (2003). Leaving an abusive partner: An empirical review of predictors, the process of leaving, and psychological well-being. *Trauma, violence, & abuse*, 4(2), 163-191.
- Arias Barrero, J., y Sierra Andrade, D. (2019). Psicoanálisis de la violencia de pareja: una exploración del vínculo y de las relaciones objetales. (Tesis de grado, Facultad de Psicología, Pontificia Universidad de Javeriana) Recuperado de <http://bitly.ws/DGdR>
- Avdibegović, E., & Sinanović, O. (2006). Consequences of domestic violence on women's mental health in bosnia and Herzegovina. *Croatian medical journal*, 47(5), 730-741.
- Barreira Alsina, I. (2014). Elementos teóricos en la obra de Otto Kernberg: teoría de la psiquiatría dinámica y el psicoanálisis. *Revista APRA*, (10).
- Berenstein, I. (1990). *Psicoanalizar una familia*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Benjamin, J. (1980). The bonds of love: Rational violence and erotic domination. *Feminist Studies*, 6(1), 144-174.
- Briere, J. y Spinazzola, J. (2005). Phenomenology and Psychological Assessment of Complex Posttraumatic States. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (5), 401-412.

- Both, L. M., Favaretto, T. C., & Freitas, L. H. M. (2019). Cycle of violence in women victims of domestic violence: Qualitative analysis of OPD 2 interview. *Brain & Behavior*, 9(11), N.PAG. <https://doi.org/10.1002/brb3.1430>
- Both, L. M., Favaretto, T. C., Freitas, L. H. M., Benetti, S. P. d. C., y Crempien, C. (2020). Operationalized psychodynamic diagnosis and intimate partner violence against women: A case study using the OPD-2 in Brazil. *PLOS ONE*, 15(12), e0244276. Recuperado de <http://bitly.ws/Enuf>
- Burin, M.; Bleichmar, E.; Coria, C.; Moncarz, E.; Carreño, D.; Velázquez, S.; Meler, I.; Castro, I. (1987). *Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental*. Buenos Aires: GEL.
- Bullón, D. (2021) *La función reflexiva como variable de cambio en las intervenciones Psicoanalíticas madre-bebé: una revisión integrativa de la literatura*. (Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, Pontificia Universidad Católica del Perú).
- Butler, J. (1990). *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. 3(1), 3-17.
- Campbell, J., Rose, L., Kub, J., & Nedd, D. (1998). Voices of strength and resistance: A contextual and longitudinal analysis of women's responses to battering. *Journal of interpersonal violence*, 13(6), 743-762.
- Crempien C. (2012). *Psychological and relational functioning in Chilean women victims of domestic violence, with different levels of childhood relational adversity*. (Tesis de doctorado, Facultad de Estudios Conductuales y Culturales, Universidad de Heidelberg en cooperación con la Pontificia Universidad Católica de Chile y la Universidad de Chile). Recuperado de <https://bit.ly/41Mrhtw>
- Condino, V., Giovanardi, G., Vagni, M., Lingiardi, V., Pajardi, D., & Colli, A. (2022). Attachment, trauma, and mentalization in intimate partner violence: a preliminary

investigation. *Journal of interpersonal violence*, 37(11-12), NP9249-NP9276.

Recuperado de <http://bitly.ws/JHx8>

Robles, C. C. (2012). Traumatización Relacional Compleja: Una Noción Útil en La Comprensión Del Funcionamiento De Mujeres Víctimas De Violencia Doméstica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(1), 65–73.

Cantor, C., y Price, J. (2007). Traumatic entrapment, appeasement and complex posttraumatic stress disorder: Evolutionary perspectives of hostage reactions, domestic abuse and the Stockholm syndrome. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(5), 377–384. <http://doi.org/10.1080/00048670701261178>

Chodorow, N. J. (1989). *Feminism and psychoanalytic theory*. Yale University Press.

Dagnino Robles, P. A., De La Parra, G., Jaramillo Torrén, A., Crempien Robles, C. E. F., Padilla Pérez, O., Gómez Barris, E., ... & Rodríguez, S. (2014). *El Devenir del Cambio: Cómo Es y Hacia Dónde se Dirige*.

De la Parra, G. (2018). *Terapia Dinámica Interpersonal Breve, Guía Clínica*. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 56(3), 201-204.

Díaz, V. (2021). *Cambio en las funciones estructurales del self de una paciente con depresión en una terapia psicoanalítica breve (Tesis de Maestría, Facultad de Psicología, Pontificia Universidad Católica del Perú)*.

Diamond, D., Blatt, S. J., Stayner, D., & Kaslow, N. (1991). *Self-other differentiation of object representations*. Unpublished research manual, Yale University.

Eizirik, M., Schestatsky, S., Knijnik, L., Terra, L., & Ceitlin, L. H. F. (2006). *Contratransferência e trauma psíquico*. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28(3), 314–320. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082006000300010>

- Espinosa, D., & Valdés, N. (2012). Condificación de Episodios Relacionales a partir de la versión en castellano del Método del Tema Central de Conflicto Relacional CCRTLUS: Manual de Procedimiento. Proyecto Fondecyt No3130367. Manuscrito no publicado, Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica, Santiago de Chile.
- Fração Sanchez, L., & Barcellos Serralta, F. (2020). Associações entre contratransferência e características do paciente na psicoterapia psicanalítica. *Revista CES Psicologia*, 13(3), 162–179. <https://doi.org/ezproxybib.pucp.edu.pe/10.21615/cesp.13.3.10>
- Favaretto, T. C., Both, L. M., da Cruz Benetti, S. P., & Freitas, L. H. M. (2022). Understanding the psychodynamic functioning of patients with PTSD and CPTSD: qualitative analysis from the OPD 2 interview. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 35(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s41155-022-00211-5>
- Freud, S. (1923): El Yo y el Ello. En Sigmund Freud Obras Completas, Vol. XIX: 1-66. Amorrortu Editores. Recuperado de <https://bit.ly/3ngDs2H>
- Freud, S. (1915). Un caso de paranoia que contradice la teoría psicoanalítica, en Sigmund Freud Obras Completas. Vol. XIV: 259-272. Amorrortu editores. Recuperado de <https://bit.ly/3AFyK1D>
- Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. En Sigmund Freud Obras Completas. Vol. XX: 71-164. Amorrortu editores. Recuperado de <https://bit.ly/3n9WDeD>
- Freud, S. (1932). Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. En Sigmund Freud Obras Completas. Vol. XXII: 104-125. Amorrortu editores. Recuperado de <https://bit.ly/3Nl3ufO>

- Fridman, I. (2011). Clínica psicoanalítica, subjetividad y poder. Foro de Psicoanálisis y Género, APBA. Buenos Aires. Recuperado de <https://bit.ly/3naorPS>
- Fridman, I. (2019). Violencia de género y psicoanálisis: agonías impensables. Irene Fridman (Ed.). 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial Castro Barros.
- Giberti, E., (2005) Vulnerabilidad desvalimiento y maltrato infantil en las organizaciones familiares, Buenos Aires, Noveduc.
- Guedes, A.; García-Moreno, C. y Bott, S. (2014). Violencia contra las mujeres en Latinoamérica y el Caribe. *Foreign Affairs Latinoamérica*, 14(1), 41-48. <https://doi.org/10.2307/24323505>
- Gullickson, A. (2000). Sex and Gender Through an Analytic Eye: Butler on Freud and Gender Identity. *Honors Projects*, (7), 248.
- González, M. (2002). Ética y formación universitaria. *Revista Iberoamericana de Educación*, 29, 85-103.
- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (2021). Datos y evidencias sobre violencia hacia las mujeres e integrantes del grupo familiar, según fuente de información. Recuperado de <https://bit.ly/40OT5fF>
- Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales (2019). Principales Resultados. Recuperado de <https://bit.ly/3ACdgTf>
- Irigaray, L. (1992). Yo, tú, nosotras (Vol. 7). Universitat de València.
- Hayes, A. M., Laurenceau, J. P., Feldman, G., Strauss, J. L., & Cardaciotto, L. (2007). Change is not always linear: The study of nonlinear and discontinuous patterns of

- change in psychotherapy. *Clinical psychology review*, 27(6), 715-723. ISO 690
- Humphreys, C., & Thiara, R. (2003). Mental health and domestic violence: 'I call it symptoms of abuse'. *British journal of social work*, 33(2), 209-226.
- Kernberg, O. (1987). *Trastornos graves de la personalidad. Estrategias psicoterapéuticas*. México: Manual Moderno. Recuperado de <http://bitly.ws/DFPN>
- Kernberg, O. (1967). Borderline Personality Organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15(3), 641–685. doi:10.1177/000306516701500309
- Kernberg, O. (1985). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Rowman & Littlefield.
- Klein, M. (1945). El complejo de Edipo a la luz de las ansiedades tempranas. En *Obras completas*, Vol. 2: 372-421. Paidós. Recuperado de <http://bitly.ws/DFQg>
- Van der Kolk, B. (1989). The compulsion to repeat the trauma. Re-enactment, revictimization, and masochism. *Psychiatric Clinics of North America*, 12 (2), 389- 411.
- Lagache, D. (1964). *El psicoanálisis y la estructura de la personalidad [Psychoanalysis and personality structure]*. Paidós.
- Laplanche, J. y Pontalis, J. (1999): *Diccionario de Psicoanálisis (2da ed.)*. Buenos Aires: Labor SA, 2004. Recuperado de <http://bitly.ws/DFRc>
- Lahav, Y. (2023). Hyper-sensitivity to the perpetrator and the likelihood of returning to abusive relationships. *Journal of interpersonal violence*, 38(1-2), NP1815-NP1841. <http://bitly.ws/ISe5>

- Lemma, A., Target, M., & Fonagy, P. (2010). The development of a brief psychodynamic protocol for depression: Dynamic Interpersonal Therapy (DIT). *Psychoanalytic Psychotherapy*, 24(4), 329-346.
- Lepper, G. (2009). The pragmatics of therapeutic interaction: An empirical study. *The International Journal of Psychoanalysis*, 90(5), 1075-1094.
- López Mondéjar, L. (2001). Una patología del vínculo amoroso: el maltrato a la mujer. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (77), 7-26.
- Luborsky, L., y Crits-Christoph, P. (1990). *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme method*. New York: Basic Books.
- McCarthy, K. L., Mergenthaler, E., Schneider, S., & Grenyer, B. F. S. (2011). Psychodynamic change in psychotherapy: Cycles of patient–therapist linguistic interactions and interventions. *Psychotherapy Research*, 21(6), 722-731. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.615070>
- Meler, I. (2002). Relaciones de género y subjetividad: debates actuales. *Actualidades en psicología*, 18(105), 101-104.
- Meyrick, J. (2006). What is good qualitative research? A first step towards a comprehensive approach to judging Rigour/Quality. *Journal of health psychology*, 11(5), 799-808. <https://doi.org/10.1177/1359105306066643>
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2021). *Cifras de Violencia contra las Mujeres. Cartilla Estadística Julio – 2021*, Aurora, SGEN. Recuperado de <http://bitly.ws/DFRg>
- Mitchell, S. (1993). *Conceptos relacionales en psicoanálisis. Una integración*. México D.F.: Siglo XXI.

- Mitchell, S. (2000). *Relationality. From Attachment to Intersubjectivity*. Nueva York: The Analytic Press.
- Mucci, C. (2017). Ferenczi's revolutionary therapeutic approach. *The American Journal of Psychoanalysis*, 77(3), 239–254. <http://doi.org/10.1057/s11231-017-9104-7>
- Nóblega, M., Vera, Á., Gutiérrez, G., & Otiniano, F. (2020). Criterios Homologados de investigación en Psicología (CHIP). *Revisiones Integrativas de Literatura [Internet]*.
- OPD Task Force. (Eds.). (2008). *Operationalized Psychodynamic Diagnosis OPD–2: Manual of diagnosis and treatment planning*. Hogrefe & Huber.
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Violence against Women: Intimate Partner and Sexual Violence against Women. Fact Sheet 239*. Recuperado de <http://bitly.ws/DFSa>
- Romagnoli, R. C. (2015). A violência contra a mulher em Montes Claros. *Barbarói*, (43), 27. Recuperado de <http://bitly.ws/DFSf>
- Rosenbaum, B. y Varvin, S. (2007) The influence of extreme traumatization on body, mind and social relations, *The International Journal of Psychoanalysis*, 88:6, 1527-1542, DOI: 10.1111/j.1745-8315.2007.tb00758.x
- Rubin, G. (1975). The traffic in women. Notes on the 'Political Economy' of sex. En Reiter, R. (compilador). *Toward an anthropology of women* (pp. 141-160). Nueva York y Londres: Monthly Review Press.
- Sánchez, S. (2018). *Terapia Dinámica Interpersonal Breve*. Mediterraneo.
- Schottenbauer, M. A., Glass, C. R., Arnkoff, D. B., Tendick, V., & Gray, S. H. (2008). Nonresponse and dropout rates in outcome studies on PTSD: Review and

methodological considerations. *Psychiatry: Interpersonal and biological processes*, 71(2), 134-168.

Segato, R. (2003) *Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Buenos Aires: Editorial de la Universidad Nacional de Quilmes.

Soengas, E., Martín, J., Kopelovich, M., García, M., y Sosa Córdoba, G. (2013). El problema del carácter en la economía libidinal de la neurosis. *El campo de la neurosis en la obra de Freud*. Libros de Cátedra. Recuperado de <http://bitly.ws/DFSx>

Stevenson, J., Haliburn, J., Halovic, S., Korner, A., & McLean, L. (2018). Mobilizing self through short-term dynamic interpersonal psychotherapy: a preliminary report. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 32(4), 351-367.

Stoller, R. (1998). *Dolor y pasión. Un psicoanalista explora el mundo sadomasoquista*, Buenos Aires, Manantial. Recuperado de <http://bitly.ws/DGcj>

Sue, D. W., & Capodilupo, C. M. (2007). Racial, gender and sexual orientation microaggressions: Implications for counseling and psychotherapy. In D. W. Sue & D. Sue (Eds.), *Counseling the culturally diverse: Theory and practice* (pp. 109–131). Wiley.

Symington, N. (1993). The Kleinian Position. En *Narcissism: A new theory*, 35-48. Karnac Books. Recuperado de <http://bitly.ws/DW49>

Pardo, F. (2018) *Cambio en las configuraciones relacionales – Integración entre patrones relacionales y representaciones self – otro*. [Tesis de Maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú].

- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative evaluation and research methods*. Thousand Oaks: Sage.
- Puget, J. y Berenstein, I. (1989). *Psicoanálisis de la pareja matrimonial*. (1st ed). Buenos Aires: Paidós. Recuperado de <http://bitly.ws/DGcI>
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. y Steele, K. (2005). Dissociation: An Insufficiently Recognized Major Feature of Complex Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (5), 413-423. Recuperado de <http://bitly.ws/JHyE>
- Walker, R., Logan, T. K., Jordan, C. E., & Campbell, J. C. (2004). An integrative review of separation in the context of victimization: Consequences and implications for women. *Trauma, Violence, & Abuse*, 5(2), 143-193. Recuperado de <http://bitly.ws/JHtX>
- Westen, D., Gabbard, G. O., y Blagov, P. (2006). Back to the Future: Personality Structure as A Context for Psychopathology. *Personality and psychopathology*, 335–384. The Guilford Press. Recuperado de <http://bitly.ws/DGdg>
- Wittig, M. (1992). *The straight mind: And other essays*. Beacon Press. Zimmermann, J., Ehrental, J., Cierpka, M., Schauenburg, H., Doering, S., & Benecke, C. (2012). Assessing the Level of Structural Integration Using Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD): Implications for DSM–5. *Journal of Personality Assessment*, 94(5), 522–532. Recuperado de <http://bitly.ws/DGdk>