



VNIVERSIDAD
D SALAMANCA

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL

ÍNDICES DE SALUD MENTAL Y EVIDENCIAS CLÍNICAS

Facultad de psicología

Departamento de Personalidad Evaluación y Tratamiento Psicológicos
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD

Tesis presentada para obtener el Título de Doctor en Psicología
Francisco Javier Sedano Pérez

Directores:
Dr. Francisco Javier de Santiago Herrero y
Dra. María Montfragüe García Mateos

Salamanca, 2015

Esquema de la defensa (1)



VNIVERSIDAD
D SALAMANCA

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

Agradecimientos

Justificación y objetivos de la tesis

MARCO TEÓRICO

- El tratamiento psicoanalítico en el contexto de la Comunidad Terapéutica
- El tratamiento de la patología dual
- El tratamiento psicoanalítico de base antropológica.
- Análisis cualitativo de las interacciones terapeuta-paciente.
- Definición de los índices dinámicos de salud (iDS)
- Criterios de salud mental en la historia del psicoanálisis.
- Análisis del discurso del paciente (Cencillo,1988)

MARCO METODOLÓGICO

- Índices de salud mental Ortiz, Sedano & De Santiago (iSMOSS)
- Metodología psicoanalítica de caso único: El caso Elisa.

Esquema de la defensa (2)

RESULTADOS

Resultados durante el tratamiento psicoanalítico

- Fases iniciales del tratamiento y evolución de los índices dinámicos de salud.
- Índices dinámicos de salud de la fase mesetaria
- Índices dinámicos de salud y resistencias de Elisa.
- Índices dinámicos de la resolución del caso Elisa.
- Índices dinámicos de la integración, caso Elisa
- La resemantización en el caso Elisa.
- El final del tratamiento psicoanalítico de Elisa

Resultados de la evaluación psicológica de Elisa

Comparación de los resultados antes y después del tratamiento psicoanalítico de Elisa

CONCLUSIONES Y NUEVAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Justificación y objetivos de la tesis

Esta tesis **tiene el interés de mostrar las evidencias clínicas que resultan de la aplicación de un tratamiento psicoanalítico de unas cien horas de duración, a una paciente con diagnóstico de patología dual** que presentaba un elevado consumo de cocaína, y trastorno límite de la personalidad con cuadro depresivo grave.

Es un **estudio descriptivo del registro clínico** de un caso de patología dual, al que se aplica un tratamiento psicoanalítico que consta de dos sesiones individuales de psicoterapia psicoanalítica, una sesión doble de psicoanálisis grupal y psicodrama, cada semana, y sesiones virtuales opcionales, realizando el registro clínico mediante grabaciones y resúmenes y **codificando las transcripciones con una nueva metodología.**

Los objetivos son de tres clases: Teóricos, metodológicos y clínicos

A.- Marco teórico

- a) Exposición del marco conceptual del Psicoanálisis de base antropológica, como evolución del Psicoanálisis. Epistemología y hermenéutica analógica.
- b) Teoría del análisis del discurso del paciente en el sistema de pensamiento cencillano, con referencia a los campos de significación de la salud, deducidos de la historia del psicoanálisis.
- c) Desarrollo de un **nuevo instrumento informatizado** de evaluación de la salud mental (iSMOSS) Índices de Salud Mental Ortiz, Sedano & De Santiago

B.- Marco metodológico

- a) Combinación de sesiones individuales, grupales y virtuales de psicoterapia psicoanalítica, *para el tratamiento de la patología dual*, en el contexto de una comunidad terapéutica.
- b) Metodología iDS (Índices Dinámicos de Salud): Desarrollo de una nueva ***metodología de representación gráfica*** del contenido de las sesiones de psicoterapia psicoanalítica, valorando las cadenas semánticas correspondientes a cada campo de significación para calcular los iDS, de cada secuencia, campo de significación, sesión y fase del proceso de psicoterapia.
- c) Nube de iDS: *Síntesis cualitativa* del conjunto de parámetros proporcionados por los iDS, para resumir el proceso completo de un caso.

C.- Resultados y evidencias clínicas

- a) Resumen de los resultados antes y después del tratamiento
- b) Análisis de la evolución de los núcleos de conflictividad durante el tratamiento.
- c) Criterios de alta
- d) Evidencia clínicas resultantes al final del tratamiento.

Marco teórico

1. El tratamiento psicoanalítico en el contexto de la Comunidad Terapéutica
2. El tratamiento de la patología dual
3. El tratamiento psicoanalítico de base antropológica.
4. Análisis cualitativo de las interacciones terapeuta-paciente.
5. Definición de los índices dinámicos de salud (iDS)
6. Criterios de salud mental en la historia del psicoanálisis.
7. Análisis del discurso del paciente (Cencillo,1988)



1. El tratamiento psicoanalítico en el contexto de la Comunidad Terapéutica

El método de Proyecto Hombre Salamanca se basa en distintas corrientes de la psicología actual: Psicología Cognitiva, Humanista, Logoterapia, Terapia Racional todas ellas proporcionan un fundamento teórico de referencia a la hora de elaborar los procesos terapéuticos. Así mismo, en las líneas básicas del abordaje terapéutico existe un claro sustrato humanista-existencial en la concepción de la persona y el problema de la droga.

Su línea terapéutica promueve la dinámica de autoayuda como medio para facilitar un cambio de vida. En definitiva, propone un modelo de rehabilitación e integración social plena donde la clave del proceso está en identificar el problema existencial y trabajarlo desde un marco terapéutico-educativo. Dentro de los diferentes tratamientos que Proyecto Hombre tiene en el ámbito nacional, se encuentran las Comunidades Terapéuticas.

2. El tratamiento de la patología dual

Paradigmas explicativos de la Patología Dual:

-Modelo de Enfermedad de la Adicción. Considera la adicción como una *entidad independiente* y no la consecuencia de otro trastorno.

-Hipótesis de la Automedicación. Los efectos farmacológicos específicos de las drogas de abuso son utilizados por individuos susceptibles de medicar la expresión sintomatológica de sus trastornos mentales.

Modelo Bio-psico-social. Considera la existencia de una *causalidad multifactorial* en cuanto al uso de sustancias, que incluye:

- El factor genético,
- El factor psicológico *hipótesis de la automedicación*.
- El factor socio-cultural, que implica la disponibilidad de la sustancia por marcaje cultural.

3. El tratamiento psicoanalítico de base antropológica.

El método psicoanalítico original del Dr. Freud

	ANTINOMIAS	MÉTODO
1.	No directivo vs directivo	Libre asociación
2.	Frustrante vs gratificante	Abstinencia
3.	Etiológico vs sintomático	Regresión
4.	Cura por la palabra vs acción	Transferencia
5.	Monólogo vs diálogo	Interpretación
6.	Larga duración vs breve	Elaboración

Antropología de la intimidad

Cencillo inicia y expone una detallada “antropología de la intimidad”, que es la base de su sistema de pensamiento.

Según Cencillo, *el contenido de la intimidad es el conocimiento*.

El hombre permanece como mismidad en el flujo vivencial del tiempo, de modo que toda acción humana y toda obra cultural dimanen intimidad.

La *praxis*, es por tanto, consecuencia y no fundamento de la capacidad de intimidad.

El **desfondamiento** consiste en no poder el hombre recibir nunca, por parte de su constitución natural y física, una determinación firme, fija y universal.

Cencillo *se opone a todo determinismo* biológico, psicológico y social y *funda en la indeterminación radical la libertad*.

El hombre no tiene una base firme en la que sustentar sus creencias: Está desorientado, es incompleto e indefinidamente modificable.

4. Análisis cualitativo de las interacciones terapeuta-paciente.

Clasificación de los efectos transferenciales (Cencillo, 1978)

1.- Efecto “testigo”:

Se produce cuando el analista es sentido como representante de la sociedad, del “fuero externo”.

2.- Efecto “espejo”:

El analista refleja, objetivándolo, lo que el paciente proyecta sobre él, emite, hace o afirma.

3.- Efecto “pantalla”:

Es el efecto más típicamente transferencial y sólo se diferencia del anterior en la naturaleza de lo proyectado.

En el *espejo* el analista objetiva y devuelve toda clase de mensajes del inconsciente.

En el *efecto pantalla*, sólo *inviste roles*, inconsciente atribuidos y proyectados por el paciente sobre él.

Clasificación de los efectos transferenciales (Cencillo, 1978) (2)

4.- Efecto “regresión”

El paciente puede *revivir regresivamente* situaciones, relaciones y emociones tempranas e infantiles, antes profundamente reprimidas, que adquieren ahora mayor movilidad, al ser drenadas por desplazamiento hacia el analista.

5.- Efecto “descarga”

La objetivación proyectiva y la *abreacción* hacen posible una desactivación de las cargas libidinales, no objetivamente asociadas, o una distensión de su poder generador de presiones, productoras de angustia o de compulsiones.

6.- Efecto “despliegue”

Gracias a este efecto, las presiones afectivas, angustiosas u obsesivas se distienden, la vida afectiva concreta se acepta lúcidamente, se distiende y se explaya, produciendo desahogo y aceptación de sí mismo.

Clasificación de los efectos transferenciales (Cencillo, 1978) (3)

7.- Efecto “injerto”

La posibilidad de una *comunicación profunda*, que trasciende los planos verbal, social y conceptualizable, se sitúa a niveles concretos, participativos y vivenciales y está condicionada por la *confianza básica**.

- a) **La confianza básica** es una especie de “experiencia emocional correctiva” que rectificaría el influjo parental primario perturbador.
- b) **Clima afectivo:** La conducta del analista ha de ser perfectamente contralada, sobria exigente y hasta “dura” para no corresponde a las demandas del paciente. Pero este ha de advertir una *estima auténtica* de su persona, una *intención sincera* dirigida hacia su bien y una *captación afectiva de su concreción personal* unida al *aprecio* real de la misma.
- c) **Inducción energética:** Supone un préstamo de energía que el paciente recibe del terapeuta. Capacidad de entusiasmo, visión clara y motivadora de las realidades, percepción confiada.

5. Definición de los índices dinámicos de salud (iDS)

Los índices dinámicos de salud (iDS) son **parámetros** que resultan de valorar las *cadena semánticas* del discurso del paciente durante las sesiones de psicoterapia psicoanalítica, que corresponden a cada uno de los 4 *campos de significación* codificados en el cuestionario iSMOSS y pueden representarse gráficamente: Emocional, práctico, corporal y existencial.

Cencillo (1988, I) explica la capacidad de significar del lenguaje, partiendo de una indefinida combinatoria de cadenas semánticas, a las que define como *la esencia del lenguaje*.

El conjunto de cadena seguidas del mismo campo de significación de denomina SECUENCIA y la suma de las valoraciones positivas y negativas de las cadenas semánticas de cada secuencia son los índices dinámicos de salud (iDS).

6. Criterios de salud mental en la historia del psicoanálisis.

Sigmund Freud (1856 - 1939)

Freud introduce en su modelo de salud el concepto de conflicto, así como el papel de las defensas y las resistencias en el paciente neurótico. *“La felicidad coincide aquí con la salud, y la desgracia, con la neurosis.”*

Según Freud, tales personas son incapaces de gozar y de obrar adecuadamente: de gozar, porque su libido no se halla dirigida sobre ningún objeto real; y de obrar, porque se halla obligado a gastar toda su energía para mantener a su

libido en estado de represión y protegerse contra sus asaltos.

Carl Gustav Jung (1875-1961)

Centra la salud en la *autorregulación personal y en la armonía entre contrarios*. El síntoma, es entonces el mecanismo de autorregulación que busca restablecer el equilibrio perdido. Las regresiones cumplen funciones positivas. No debemos liberarnos de la neurosis, hay que experimentarla para conocer su finalidad.

Criterios de salud mental (2)

Alfred Adler (1870-1937)

Adler prefiere un enfoque finalista o teleológico, pues subraya la *importancia de las metas o fines* de las personas en su forma de organizar su presente. Adler destaca la *fuerza del yo individual y el plan de vida*.

Ernest Jones (1879 - 1958)

La aproximación de Jones a la salud se centra en la dinámica pulsional, así como en su manejo exitoso, lo cual permite el desarrollo de *tres atributos principales: la felicidad, la eficiencia y la adaptación a la realidad*.

Melanie Klein (1882- 1960)

Su propuesta de salud mental basada en la personalidad bien integrada. Ésta se caracteriza por una *madurez emocional, fuerza de carácter, capacidad de manejar emociones conflictivas, equilibrio entre la vida interior y la adaptación a la realidad* y una fusión exitosa entre las distintas partes de la personalidad.

Anna Freud (1895-1982)

Una educación inteligente tenderá a desviar los impulsos agresivos, encauzándolos hacia el bien; se fomentará la lucha contra las dificultades del mundo exterior... y en general, toda obra de 'bien' en oposición al impulso primitivo.

Criterios de salud mental (3)

Wilhelm Reich (1897-1957)

1.- «*La salud mental de una persona se puede medir por su potencial orgásmico.*» Esto quiere decir que un individuo psíquicamente sano disfruta del sexo libremente, sin traumas o inhibiciones, y una persona neurótica no.

2.- «*La psique de una persona y su musculatura voluntaria son funcionalmente equivalentes.*»

Los bloqueos psíquicos se corresponden a contracciones musculares crónicas.

8 Heinz Hartmann (1894-1970)

Según Hartmann, *las personas*

sanas deben ser capaces de sufrir y de sentirse deprimidas. Consideraba que, al hacer de la adaptación y en especial de la síntesis la base del concepto de salud, había logrado elaborar un *concepto "evolutivo" de salud*. Un yo sano es aquel que puede utilizar el sistema de control *racional* y al mismo tiempo de tener en cuenta la naturaleza *irracional* de otras actividades mentales.

Donald Winnicott (1896- 1971)

Considera la madurez o la salud bajo el ángulo de la realización de una plena genitalidad.

Criterios de salud mental (4)

Lo esencial para Winnicott, es que el hombre o la mujer puedan vivir auténticamente su vida y asumir la responsabilidad de su acción o su inacción; que se sientan capaces de atribuirse el mérito de un éxito y la responsabilidad de un fracaso; es decir, que se comporten de manera independiente y autónoma.

Erich Fromm (1900-1980)

Su concepto de salud, se desarrolla a partir de la posibilidad de satisfacción de las necesidades básicas de los seres humanos, que define como: Necesidad de vínculo, de orientación, de arraigo, de entrega, de identidad y de transcendencia.

Vínculo: El hombre es libre, pero se encuentra solo y ese estado lo angustia. Necesita crear nuevos lazos, nuevos vínculos con el mundo.

Orientación: Lo que otorga a los animales un marco de orientación son sus automatismos de origen biológico, algo que el hombre no posee en el mismo grado. Necesita la razón para comprender la realidad.

Arraigo: *“Únicamente puede prescindir de sus raíces naturales, al encontrar nuevas raíces, y sólo después de haber encontrado ese nuevo arraigamiento, puede volver a sentirse en el mundo como en casa”*

Criterios de salud mental (5)

Identidad: Todas las personas experimentan en su desarrollo un proceso de individualización, es decir, se tornan conscientes de sí mismas y de su vivencia de seres radicalmente separados, porque ya no conforman una unidad con la naturaleza y poseen razón y también capacidad de abstracción.

Transcendencia. El hombre trasciende la naturaleza a través del simple hecho de ser hombre. Es una forma “pasiva” de transcender, pero necesita también una forma “activa”: necesita tomar las riendas de su existencia.

Luis Cencillo (1923-2008) Para Cencillo, la *salud psíquica* es una realidad humana densa en parámetros y compleja en sus procesos.

La salud psíquica se concreta en *una serie indicativos articulados*, que forman una totalidad de *elementos convergentes*, que corresponden a *cuatro niveles: Emocional, práctico, cenestésico y existencial*. Estos niveles o focos, aunque están íntimamente relacionados, *describen los índices de salud de forma objetiva y observable*.

Criterios de salud mental (6)

1.- Nivel emocional:

- 1.1.- Ausencia de angustia, ansiedad, depresiones y otras emociones negativas y perturbadoras.
- 1.2.- Capacidad de empatía positiva, de fruición de las realidades y de porosidad afectiva controlada, en sus relaciones con el medio.
- 1.3.- Capacidad de relación afectiva adulta con otras personas, sin proyecciones ni narcisismo infantil, sin temores paralizantes al riesgo y al compromiso.
- 1.4.- Bienestar psíquico difuso que prevalece sobre las experiencias objetivamente negativas de realidades adversas.
- 1.5.- Afectos de plenitud y libertad en los sueños.

2.- Nivel práctico:

2.1.- Productividad generalizada:

- a) Proyectos viables y adaptados a las posibilidades, audaces, pero no ilusorios.
- b) Control del tiempo.
- c) Energía bien canalizada hacia las realizaciones.
- d) Adaptación racional de los medios a los fines, con elasticidad y capacidad de fruición en el trabajo.

Criterios de salud mental (7)

2.2.- Concentración mental.

2.3.- Articulación controlada y congruente de las situaciones con las exigencias objetivas de la realidad.

2.4.- Independencia afectiva y objetiva de la autoridad.

2.5.- Orientación autógenamente ética, sin culpabilidad, con capacidad de asumir lúcidamente las propias responsabilidades y de consecuencias.

3.- Nivel cenestésico

3.1.- Potencia sexual, capacidad de orgasmo y de comunicación personal mediante estos registros.

3.2.- Ausencia de somatizaciones.

3.3.- Bienestar físico difuso -aun a pesar de dolencias localizadas- o ausencia de malestar generalizado.

3.4.- Normalización del funcionamiento de los aparatos digestivo, respiratorio y perturbaciones cutáneas.

3.5.- Normalización del sueño.

Criterios de salud mental (8)

4.- Nivel existencial:

- 4.1.- Auto identidad y aceptación de lo propio (positivo o negativo) sin deseos de sobrecompensación simbólica.
- 4.2.- Vivencia de seguridad moderada sobre la base de ser *sí mismo*.
- 4.3.- Adaptabilidad dialéctica al cambio situacional.
- 4.4.- Elasticidad en las relaciones sociales "haciéndose cargo" de lo ajeno, y en la prosecución de los propios intereses, con porosidad para las exigencias objetivas.
- 4.5.- Capacidad de síntesis y de decisión.
- 4.6.- Centrarse asumiendo lo propio y, respectivamente, lo ajeno.
- 4.7.- Auto-posesión o dominio interno de la conducción lúcida de la propia conducta.

Este repertorio de indicativos que propone Cencillo, sintetiza y actualiza las investigaciones de autores anteriores y perfila un modelo de personalidad adulta sana, que puede ser utilizado como lista de comprobación de los criterios de alta terapéutica.

7. Análisis del discurso del paciente (Cencillo, 1988)

*“La realidad en sí no es directamente accesible a la especie humana; en sentido fuerte **no está ahí**, sino que resulta de la cultura, la intersubjetividad y los paradigmas lingüístico-categoriales.”*
(Cencillo, 1988-I, p. 40)

El ***campo de significación*** está constituido por: 1) un encuadre, 2) un nivel de discurso o “tipo lógico” y 3) un orden de referentes específico. En el estudio descriptivo del **discurso del paciente** que planteamos en esta tesis, delimitamos cuatro campos de significación bien definidos, que corresponden a los índices del iSMOSS: a) emocional, b) práctico, c) corporal, d) existencial. El encuadre está determinado por la libre asociación, que confiere validez al discurso del paciente, dentro de las sesiones de psicoterapia psicoanalítica.

El primero y más característico de los objetos culturales es el discurso hablado o “acto de habla”. (Heidegger, 1987): ***“Hablar es expresar (...) Presupone un interior que se exterioriza.”***

La significación es todo el proceso, el *significado* es sólo el resultado final. Es el resultado de una vinculación sistémica de un significante o una realidad concreta, con los demás significantes de la cadena de significación:

-**La referencia** es la relación de los significantes con un proceso real.

-**La designación** es cada uno de los momentos particulares de la relación referencial.

-**La denotación** es la relación intra_sistémica de diversos significados.

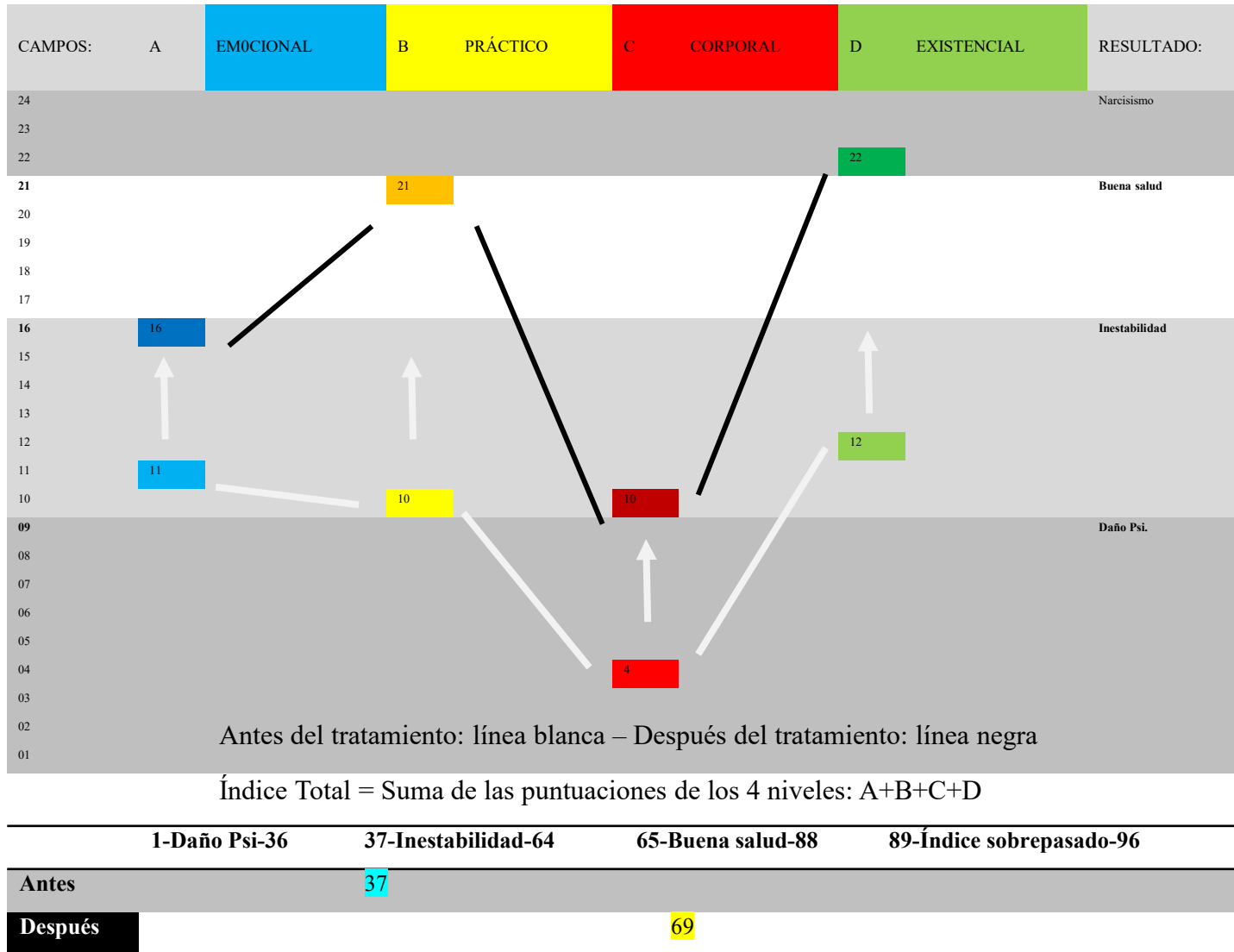
-**La connotación** es la relación inter_sistémica de diferentes áreas de significación.

-**La verdad**, en relación con la significación, “*es la captación subjetal, en forma de relación lógica predicativa, de una trama de relaciones referenciales que, a través de los significados debidamente referidos, resulta de una experiencia o de una sistematización teórica*”. (Cencillo, 1988, I: 98)

Marco metodológico

- Índices de salud mental Ortiz, Sedano & De Santiago (iSMOSS)
- Metodología psicoanalítica de caso único: El caso Elisa.

RESULTADOS DEL iSMOSS ANTES Y DESPUES DEL TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO. CASO ELISA.



Metodología psicoanalítica de caso único: El caso Elisa.

Desde la época de Freud, la importancia de los diseños de investigación basados en la evaluación de un caso único ha sido trascendental en la historia de la investigación de la psicología clínica.

En el caso Elisa, predominan las diferencias que hacen que el caso sea único:

- A. en el origen de su etiología (maltrato infantil)
- B. en su expresión sintomática:

- *inicialmente en forma de adicción

- *posteriormente en sucesivas crisis:

- trastorno depresivo grave

- dos intentos de suicidio

- aparente personalidad límite

- un consumo muy elevado de cocaína.

En el caso Elisa, conviene más la metodología de un **diseño observacional**, que es la que mejor se ajusta a los estudios diagnósticos y de tratamiento psicoanalítico, como es el caso de esta intervención terapéutica, con registro clínico.

El objetivo se centra en la *descripción* de un trastorno clínico y su evolución, en las distintas fases del proceso, en las características del caso, y en los resultados obtenidos.

Los diseños observacionales, “plantan **precisos niveles de formalización** con criterios de evaluación y herramientas que posibilitan llevar adelante el control de las potenciales variaciones en las variables a estudiar”, afirma (Roussos, 2007), que en este caso son las variaciones en los *campos de significación* (*emocional, práctico, corporal y existencial*) y la valoración de las *cadena semánticas*, para calcular los *índices dinámicos de salud*, y sus variaciones, en las fases del tratamiento.

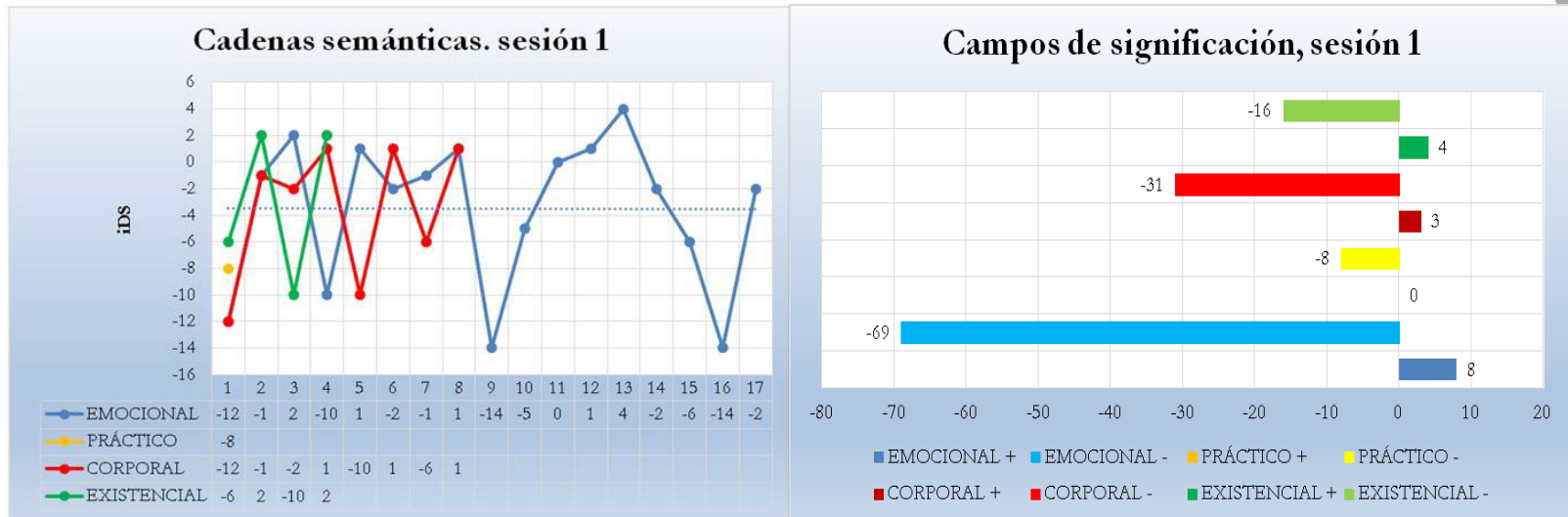
resultados

Resultados durante el tratamiento psicoanalítico

- Fases iniciales del tratamiento y evolución de los índices dinámicos de salud.
- Índices dinámicos de salud de la fase mesetaria
- Índices dinámicos de salud y resistencias de Elisa.
- Índices dinámicos de la resolución del caso Elisa.
- Índices dinámicos de la integración, caso Elisa
- La resemantización en el caso Elisa.
- El final del tratamiento psicoanalítico de Elisa

Fases iniciales del tratamiento

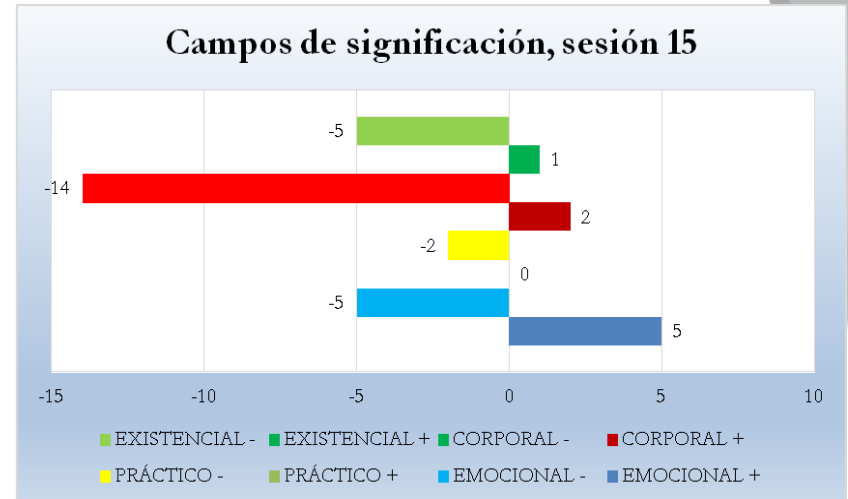
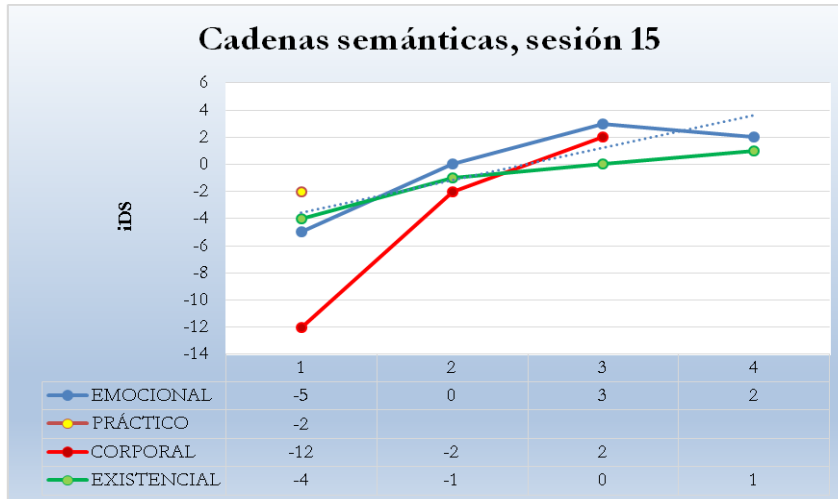
La valoración secuencial de las *cadena semánticas* (Cencillo, 1988) permite identificar los **núcleos de conflictividad** correspondientes a cada campo:



Campo emocional: (tres núcleos) -12 cadenas 4 a 10 (Agresión, drogas desde los 13 años, violación) **Campo práctico** -8 (“robé en tres hospitales, me pillaron”, “condena en la cárcel”) **Campo corporal** (dos núcleos) -12 cadenas 13 a 18: (múltiples intentos de suicidio, ingresos en psiquiatría) -10 cadenas (“la cocaína me ha destrozado la vida”) **Campo existencial:** -10: cadenas 59 a 63: (robar, engañar, intentos de suicidio)

Índices dinámicos de salud de la fase mesetaria

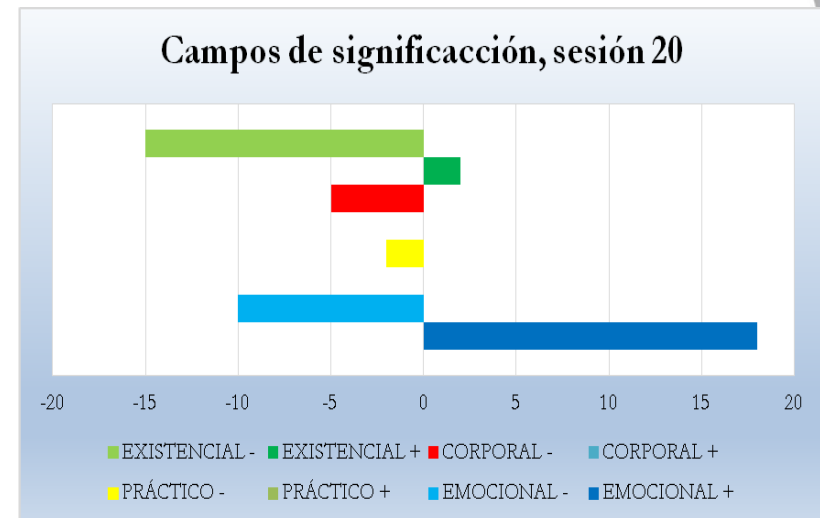
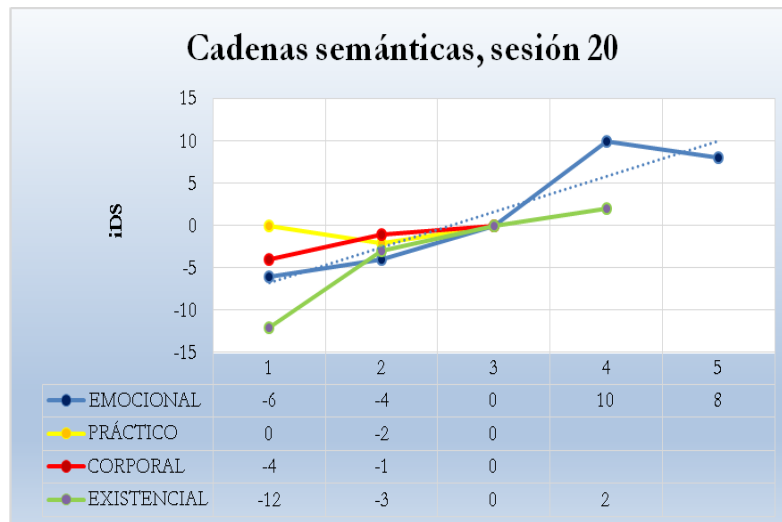
La fase mesetaria se caracteriza por la elaboración de los contenidos, que generalmente ya han sido referidos en la fase exploratoria, aunque siempre pueden aparecer nuevos materiales.



El iDS más negativo de esta sesión (-12) corresponde de nuevo a su imagen corporal devaluada y se refleja también en la valoración acumulada de campos de significación, en los que todavía predominan las puntuaciones negativas sobre las positivas, con excepción del **campo emocional**.

Índices dinámicos de salud y resistencias de Elisa.

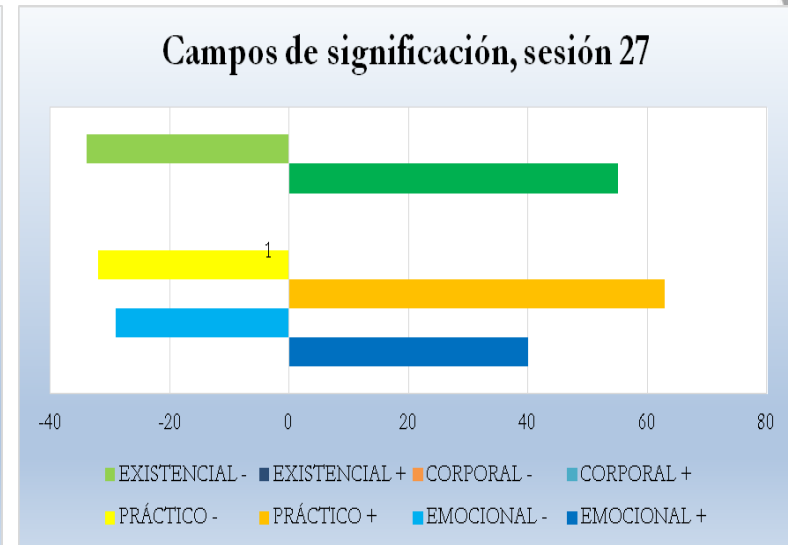
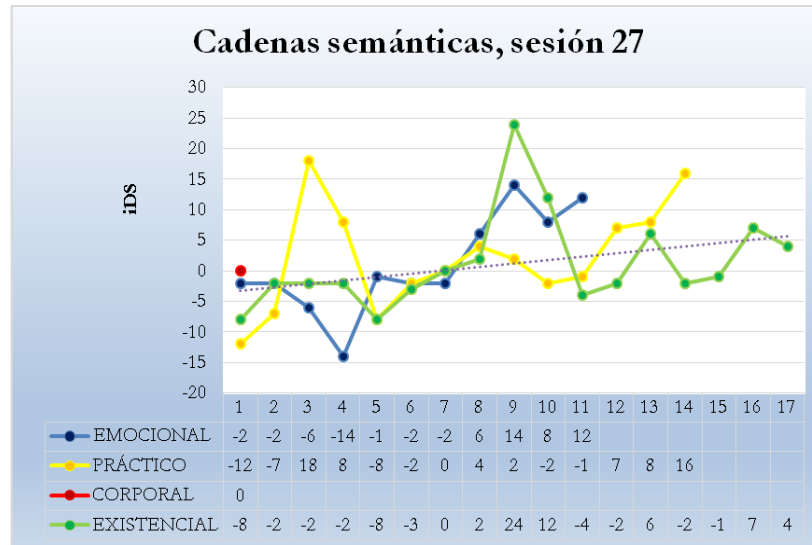
Las resistencias, especialmente en su recrudecimiento, dificultan el avance del proceso. Pero pueden proporcionarnos las claves más profundas e insospechadas para su superación y la resolución del caso, si procedemos a un examen de su micro-estructura *en concreto*.



El íDS más bajo de esta sesión (-12: EX) corresponde al relato de su iniciación en las drogas, a los trece años, viviendo en casa de una amiga, para huir de los malos tratos; y el iDS más alto, al primer reencuentro con toda la familia, después de dos años.

Índices dinámicos de la resolución del caso Elisa.

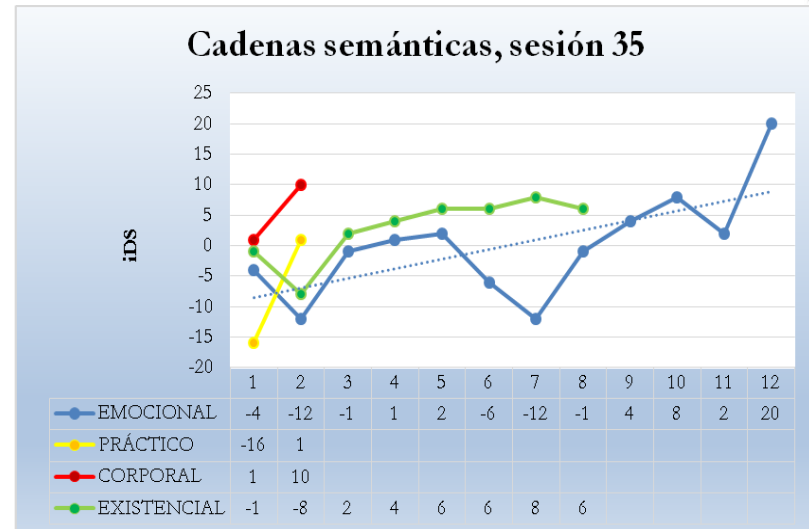
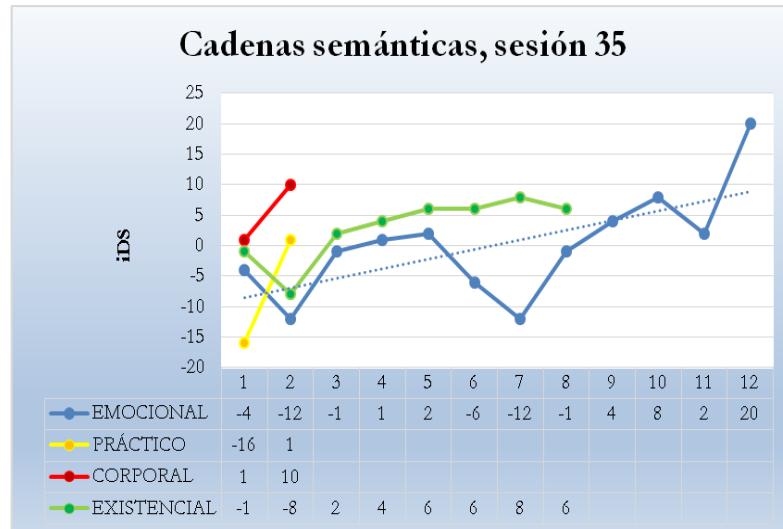
Resolver, significa desatar el nudo, abandonar definitivamente la ganancia secundaria, sentirnos obligados a cambiar de trayectoria, tomar la firme decisión de cambiar de vida y orientarnos a la salud.



CAMPOS POSITIVOS-En el plano emocional, el deseo de hacer las cosas bien y estar acompañada, para prevenir las recaídas. -En el plano práctico, hacerse cargo de su situación legal, a pesar de las dificultades. -En el plano existencial, tomar la firme decisión de completar el programa de rehabilitación para cambiar de vida. No hay referencias al plano corporal.

Índices dinámicos de la integración, caso Elisa

La integración de impulsos y energías se produce de forma bastante evidente en todo proceso de psicoterapia psicoanalítica, como consecuencia de la resolución del enigma de la neurosis.

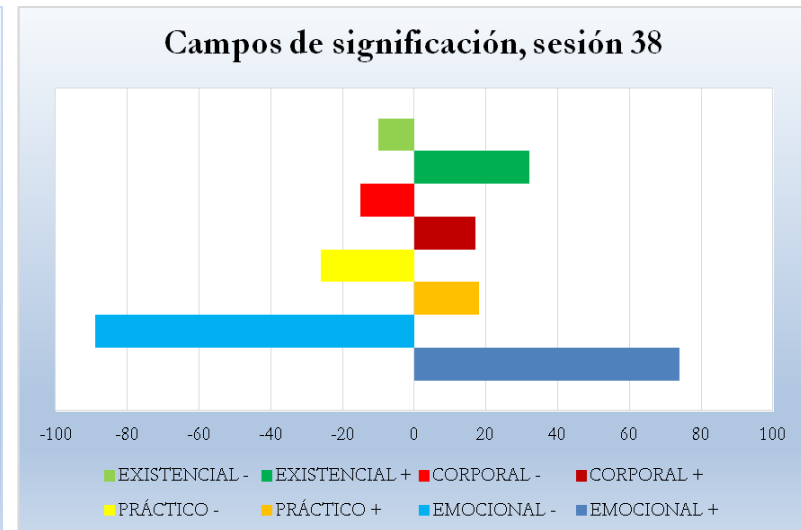
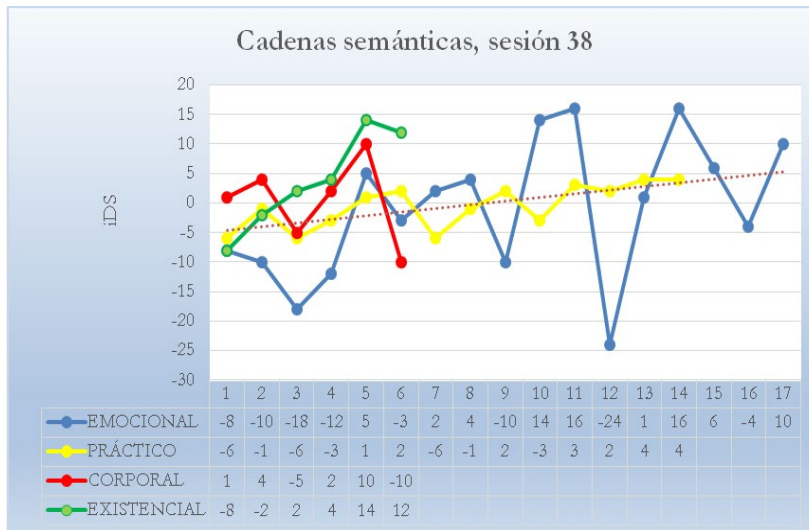


Los iDS:E (12) y (28) representan cumbres de esta sesión y se refieren a los avances en la comunidad: Comenzar la “historia personal” y los “estáticos”, que significa la posibilidad de empezar a salir sola, que ella califica como:

“Es un gran paso en mi vida. Me motiva para seguir adelante y para ver la vida de frente.”

La resemantización en el caso Elisa.

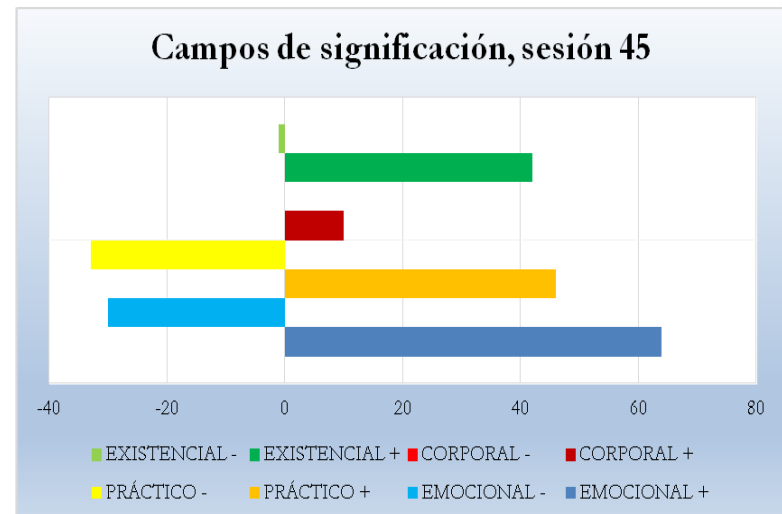
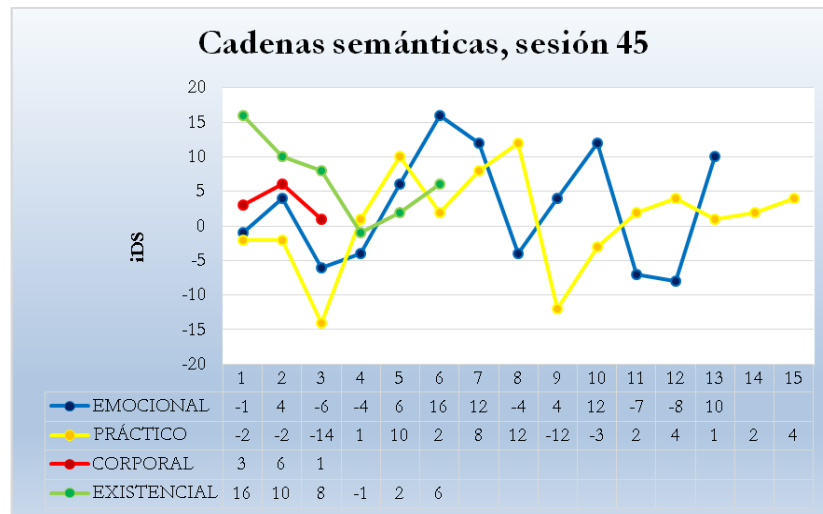
Resemantizar significa volver a dar un significado nuevo a determinados pasajes de la trayectoria vital. Esto es posible porque la intimidad humana no está constituida por automatismos sino por un complejo *haz de posibilidades ambivalentes* que necesitan *interpretación* hermenéutico-semántica de las realidades.



Campo emocional: (14) Reconciliación con el padre. **Campo existencial:** (14) Posicionamiento existencial menos violento: “Y yo creo que se me está suavizando el carácter mucho, yo creo que antes era más prepotente, más violenta y más chula y ahora lo soy menos.”

El final del tratamiento psicoanalítico de Elisa

La fase final del tratamiento supone *poner en efectivo* los logros adquiridos a través de todo el proceso terapéutico. Es preciso chequear, un conjunto relativamente complejo de datos objetivos, que pueden resumirse en la *sensación de estar bien*.



Campo emocional: “El hecho de que le quiero mucho, que todo me parece poco para él, que quiero que tenga de todo, que no le falte de nada.

Campo existencial: “Ahora soy feliz, me encuentro a gusto conmigo misma. Tengo que cambiar algún pronto que me da, la impulsividad. Por lo demás estoy muy a gusto como estoy, nunca pensé que pudiera llegar hasta este punto. Tengo paz y tranquilidad interior”



UNIVERSIDAD
DE SALAMANCA

CAMPUS DE EXCELENCIA
INTERNACIONAL

resultados

Criterios de alta

**Comparación de los resultados antes y después del tratamiento
psicoanalítico de Elisa**

Criterios de alta de Elisa

1. **La identidad** está en disposición de consolidarse suficientemente, basada en la auto aceptación y el deseo de mejorar en aspectos concretos, que puede observarse en los siguientes iDS (s.43, s.45, s.46)
2. **La vida cotidiana** funciona suficientemente, iDS (s.37-40)
3. **No se aporta material nuevo** ó no crea nuevas tensiones lo que se aporta.
4. **Sueños de logro** (*El sueño de navidad*): iDS (s.40, cadenas 11 y ss)
5. **Organización** del comportamiento, iDS (s.45, cadenas 138 y ss)
6. **Síntomas superados** (auto punitivos, agresivos, miedos, bloqueos);
“¿Qué desencadenaba la agresión? Pues no sé, mi temperamento, mi comportamiento, mi mala leche, mi carácter, mi prepotencia, mi egoísmo. Mira, yo estuve hablando con la psiquiatra y me dijo que había notado un cambio en mí, me bajó la medicación y...” (s.38)
7. **Claridad ética** de las acciones y proyectos, iDS (s.37, cadenas 1 y ss).



Resultados de la evaluación psicológica de Elisa (1)

INSTRUMENTO	VARIABLES	P. INICIAL	P. FINAL	P.CORTE	Significado
Cuestionario FUNDIPP	Esquemas mentales	35	30	18	↓-inestabilidad
	Dilemas	37	29	24	↓-inestabilidad
	Relaciones	68	58	39	↓-inestabilidad
	Disculpas	25	22	15	↓-inestabilidad
	Estados mentales Inestables	39	30	21	↓-inestabilidad
Cuestionario-EPA	Crítica	13	9	11	↓- crítica
	Bondad	14	10	13	↑- bondad
	Equilibrio	7	9	15	↑- equilibrio
	Libertad	5	7	13	↑- libertad
	Sumisión	11	10	11	↓- sumisión
RORSCHACH	Nº Respuestas	22	28		↑- riqueza asociativa.
	Sucesión	No	Relajada		↑- orden
	Tipo vivencial	Coartativo	Introversivo	3/0	↓-impulsividad
	Coef Afectividad	2,4-Hiper sensibilidad	1,5 Media	1,5	↓-agresividad
	Estim. Afectiva	36,36% Hipersensib	28,50 %	Media 30%	↓-impulsividad
	Índice Realidad	Hipoplast-4	Normal-6	6-7	↑-realidad
	Morgenthaler	VIII- <i>Afectividad</i>	IX- <i>Sublimación</i>	Lámina rechazada	↑-aceptación de la complejidad.
iSMOSS	Emocional	11	16	17	↑-s. emocional
	Práctico	10	21	17	↑-s. práctica
	Corporal	4	10	17	↑-s. corporal
	Existencial	12	22	17	↑-s.existencial
	General	37	69	65	↑-salud general

conclusiones

1. Se ha expuesto una reflexión teórica sobre la hermenéutica psicoanalítica, desde la perspectiva del psicoanálisis de base antropológica.
2. Se han creado tres nuevos instrumentos técnicos:
 1. La escala iSMOSS: Índices de Salud Mental Ortiz, Sedano & De Santiago.
 2. Los índices dinámicos de salud (iDS): Parámetros de valoración de *cadena semántica* (Cencillo, 1988), para identificar los núcleos de conflictividad.
 3. Gráficas de campos de significación: para el análisis de la evolución del discurso del paciente en las distintas fases del proceso.
3. **Evidencias clínicas:**

Puede mostrarse la evolución, a través de las diferentes fases del proceso, de las transformaciones que se producen entre la situación inicial del paciente y su situación final.

Nuevas líneas de investigación

Desarrollo de programas informáticos de registro clínico de los iDS

Registros clínicos automatizados de iDS

Programa de códigos personales de cada paciente

Ampliación de los campos de significación

Codificación de los usos y estilo del paciente

Seguimiento de los casos por medio de los iDS