

Roberto: Un ejercicio de diagnóstico relacional a través del OPD-2¹

Semíramis Cortés Prieto ²

Roberto de 36 años, alto, delgado, con ojos claros y aspecto un poco demacrado. Llega a mi consulta a través de su hermana, que ha sido paciente mía.

Antes de venir a verme me escribe un whatsapp diciéndome: “Me gustaría ir a verte porque tengo un poco de **desorden en la cabeza** y estoy empezando a cansarme de vivir así. Lo que pasa es que trabajo con un camión y **no tengo una ruta fija**, entonces no puedo decirte con mucho tiempo si puedo ir un día porque igual ese día me mandan de viaje”.

Viene directo desde el trabajo a la primera cita. Empieza a hablar nada más entrar. Hace unos 6 años que le dejó la novia. Estuvieron viviendo juntos unos 4 o 5 años. Dice que está trastornado desde ahí, cuando ella le deja. Fue al psicólogo a raíz de que la novia se fuese de casa. Ella le fue avisando de que se iba a ir, él decía que vale pero no hacía nada, y un día se dio cuenta de que la casa parecía más grande. Fue a unas 7 sesiones con este psicólogo.

Cuando viene a la consulta lleva 27 días sin fumar hachís. Se encuentra más despejado pero dice que no ha notado mucho más cambio. Lleva 5 o 6 años en el trabajo actual, de transportista y sin consumir cocaína, aunque más tarde confiesa una ocasión más reciente en la que sí consumió cocaína. Normalmente pasa una o dos noches fuera por el trabajo. Dice que no hay beneficios. Antes trabajaba de mensajero con una moto.

Viene al psicólogo para aprender cosas que le puedan ser útiles y para ser feliz. Respecto a su problemática dice “¿qué cojones pinto aquí?” No tengo amigos, me dan lloreras. He pedido auxilio. Quiere saber qué le pasa.

Me cuenta que ha abusado durante unos días de unas pastillas de herbolario que son para dormir, lo ha hecho para joderse un poco. Acaba dándole las pastillas a su hermana.

¹ Para citar este trabajo: Cortés Prieto, S. (2016). Roberto: Un ejercicio de diagnóstico relacional a través del OPD-2. *Clínica e Investigación Relacional*, 10 (3): 832-853. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.info] DOI: 10.21110/19882939.2016.100316

Este trabajo está basado en una elaboración realizada para los Estudios de Especialista en Psicoterapia Psicoanalítica Relacional. El material clínico se usa con la autorización del terapeuta y paciente.

² Psicóloga y Psicoterapeuta. Miembro del Instituto de Psicoterapia Relacional, Madrid (España). Contacto: semiramiscp@gmail.com

Justo antes de venir le entra un agobio que lo nota en el pecho, dice que antes de entrar se ha bebido una lata de cerveza del tirón. Ha llamado a su hermana y ha estado a punto de pillar hachís. También ha pensado en llamar a un amigo. Dice que las cosas nuevas le agobian y le entra "el run run", por ejemplo al relacionarse con gente. A veces se bebe 3 o 4 latas de cerveza para poder echarle valor.

Al final de la sesión dice "me ha molado".

En el trabajo le ha comentado a dos compañeros que iba a venir al psicólogo. De estos dos compañeros comenta que uno es un cabra loca, y que otro es mayor y le caía mal pero a raíz de que le dijese que no quería coger su camión, sino que lo hacía porque se lo mandaban en el trabajo, David cambió su opinión, le pareció un detalle.

Me rectifica varias veces, parece que no se conforma del todo con ninguna intervención. Parece estar nervioso y juega todo el rato con una piedra que tengo encima de la mesa.

Desde el principio de la sesión hace alusiones a lo que no le gustó del otro psicólogo. Dice que era un viejo que no le entendía y da a entender que veía el tema de las drogas con mucho dramatismo, como con una visión de padre. Este psicólogo llegó tarde dos veces y a la segunda David ni le esperó, se fue y le mandó varios mensajes, entiendo que agresivos. El psicólogo le llamó pero él no lo cogió. Dice que este hecho le sirvió como excusa porque no le entendía. Parece que al contarme esto me está avisando, incluso diría que de forma amenazadora. Al terminar la sesión en el camino hacia la puerta me dice que para ser psicólogo hay que saber mucho.

Usando la piedra ejemplifica en qué situaciones ha estado en su vida. Dice que ha estado en el suelo (y mueve la piedra), a veces en el sofá (que se encuentra a su lado) y otras aquí (y pone la piedra en la esquina de la mesa).

Dice que su ex no sabía ni lo que era un porro y que no se ha vuelto a interesar por otra chica hasta Lucía, que también consume cocaína. Me habla mucho de Badoo, un portal de internet para conocer chicas y básicamente tener relaciones sexuales. Dice que también ha ido a prostitutas pero que luego se siente mal y ya no lo hace. Es evidente que se critica mucho. Da la sensación de que se engancha mucho a una posible relación con esta chica. Quiere asentar las cosas, ver por dónde va ella, si se siente como él, etc.

En ningún momento apoya la espalda en el respaldo del sillón, está casi todo el rato con los brazos encima de la mesa. Se nota que es una persona nerviosa, de bastante actividad. Reconoce que a veces se altera un poco, me da la sensación de que este "un poco" en realidad significa bastante.

Fumaba porros mientras trabajaba y una de las veces, con el tráiler parado, la guardia civil le encontró porros dentro y le pusieron una multa. Desde entonces dejó de fumar en el trabajo.

A sus padres les trata a patadas.

Me cuenta cómo le gustan las chicas, con cuerpo palillo, aunque su novia estaba gordita y bien.

Dice que sus amigos tienen hijos, novias, han dejado los porros...y que no va a quedar con un chaval de 20 años para fumar en un parque. Aunque tiene trabajo, piso y coche propio siente que no lleva una vida acorde con su edad, con cómo debería ser, y se nota que no está satisfecho.

Antes de salir de la consulta me pregunta mi edad y al contestarle se sorprende. Me entra curiosidad y le digo que si pensaba que tenía más o menos. Contesta que es que espera que la gente tenga su edad o cerca. Él tiene 11 años más que yo.

En el encuadre le digo que fijemos los jueves a las 8 de la tarde y que él me confirme, porque ya me había comentado que a veces tiene viajes largos. Enseguida me dice que así imposible. Entonces le digo que dejamos los martes y que si no puede lo pasamos a los jueves. Así se conforma.

Dos días después de la sesión me escribe por whatsapp: "Hola, te mando una cosa que he hablado con mi hermana y luego con Lucía. No te enfades porque te llamemos la loquera, mi hermana y yo te llamamos así, sabemos que no eres una loquera pero así le quitamos hierro a la situación." Acto seguido me manda 23 pantallazos de una conversación con Lucía. Tras leer esta conversación me llama y después de hablar 20 minutos sobre la situación con esta chica es él quien decide colgar y me dice "no sé si te estoy presionando mucho". Yo le doy cierto feedback y hago hincapié en que no existe un frase concreta o soluciones mágicas que yo le pueda dar, se trata de un proceso lento en el que espero podamos trabajar juntos paso a paso. Durante toda esta conversación se nota que está nervioso y al final consigue estar más calmado. Menciona que ha empezado a escribir la biografía que le mandé pero que también le ha emocionado. La primera hoja de esta biografía la escribe en el trabajo cuando estaba con el subidón de lo de Lucía (conversación en la que se nota que él la agobia, es intenso y le pide demasiado para el tipo de relación que tienen). Pensaba continuar la biografía pero cuando va a continuar ya está de bajón y se dedica a soltar todo lo malo (hojas dos y tres).

Ciertos aspectos que ya me van resonando son la falta de control de impulsos, aunque sí reconoce ciertos límites, poca tolerancia a la frustración, poca contención, conducta impulsiva en referencia al sexo a través de relaciones esporádicas con desconocidas, es como si necesitase la dosis ya (se puede ver por toda su expresión que estas relaciones le

desagradan aunque él dice que se queda igual, ni fu ni fa), pensamiento obsesivo, comportamiento autodestructivo y también un poco agresivo hacia afuera, y pensamiento dicotómico.

Segunda sesión

Cuando tiene un “mogollón en la cabeza” se emborracha. Se ha apuntarse al gimnasio. Quiere encontrar una motivación que pueda hacer a diario. Ha ido a hablar con el monitor del gimnasio y casi se pone a llorar delante de él porque le pregunta por su experiencia y Roberto le hace entender el tipo de vida que ha llevado y le medio explica que se quiere enfocar.

Lo que más le gusta de él es que es buena persona y lo que menos que no se cuida ni se valora.

Dice que con el alcohol y con todo siempre abusa, no para hasta que le llega el límite.

Cuando le pregunto por qué ha decidido venir ahora contesta que porque va a cumplir 37 y lleva más de la mitad de su vida mal.

A la pregunta cómo sería tu vida si no tuvieses este problema contesta: “No me alteraría, sería más sensato y no me quebraría la cabeza. Tendría más amigos y una novia. No es fácil soportarme con mis 27 cambios de humor. Tendría mi casa y mi curro (como ahora) y no haría gilipolleces. Viajaría más, tendría más vida social, más amigos con intereses similares y una mejor relación con mis padres. Podría estar mejor”.

Cuando los padres le llaman no le apetece hablar con ellos. No les coge el teléfono o les contesta borde y les cuelga enseguida.

Me da la biografía y dice que pensaba pasarlo a limpio, le señalo mi asombro por su autocrítica porque no está nada sucio ni mal escrito.

Dice que le hubiese gustado que su hermana le hiciese más caso. Ésta ha sido siempre su cuidadora y debido a su propia terapia está cambiando su actitud, lo que claramente repercute en él.

Durante la mayor parte de la sesión está con las manos juntas y dando con los dedos en la mesa, con actitud nerviosa aunque un poco más tranquilo que el primer día. Normalmente se rasca o se pellizca una mano mientras habla. Más adelante en la terapia suele coger uno de los objetos que están encima de la mesa y juega todo el rato con él.

Como ya no fuma bebe whisky en su casa, solo. Fuera de casa se suele controlar. Dice “¿qué voy a hacer cuando se me acabe el vino de casa?”

Le pregunto qué es ese mogollón en la cabeza y dice que no lo sabe, que cuando le tocan las narices.

Se nota que no le gusta el ambiente de su trabajo aunque no lo reconoce, con algún compañero ha tenido discusiones fuertes que se han hecho notar y él le propone "discutir" (entiendo que pegarse) fuera del trabajo, le dice frases como "tengo un palo en el maletero" o "te voy a romper la silla en la cabeza".

Cuando nos levantamos y vamos a salir del despacho me dice que también le agobia cuando va a llegar a su casa y no tiene nada que hacer. Se ve mil videos en youtube. Si está cansado no se agobia pero cuando llega el viernes y se ve todo el fin de semana se agobia.

David habla bastante durante las dos sesiones, me pide que le mande deberes porque quiere algo que le entretenga y que le recuerde que está viniendo aquí. A mí me recuerda en muchas cosas a un adolescente.

A continuación la biografía:

Biografía de Roberto.

Voy a intentar enfocarla desde donde yo creo que pueda empezar a torcerse la senda del buen camino.

Soy el mayor; somos dos hermanos, Carmencita y yo. Desde pequeño siempre me he sentido querido por mi familia, por mis padres. Me han querido, cuidado y dado todo lo que han podido. Si no me compraron una moto fue porque no había euros; si los hubiera habido me hubiesen comprado la mejor, ¡sin duda! Quitando cosas súper caras, nunca me han faltado las zapatillas de marca, o los vaqueritos tal (hablo en la época en la que era pequeño, vivía con ellos y no tenía ingresos).

Como estudiante, hasta 8º de EGB fuí un buen estudiante. A partir de 8º empecé a rendir menos. Seguía aún en el cole. Allí hice 1º, 2º y 3º de BUP. Era un cole donde rezábamos por las mañanas y llevábamos uniforme. Me quedaron 3 para Septiembre y los muy cabrones no fueron capaces de aprobarme una para que pudiera pasar COU. Como no había COU en el cole, me fuí al instituto. Acostumbrado al cole, aquello era jauja. Repetí 3º en el diurno, luego hice otro 3º en el nocturno (como siempre con los mejores). Después de tres terceros pasé a COU. Hice otro COU más y al final me fuí a un cole de pagar y aprobar y acabé el COU y las dos pendientes que tenía de 3º: ¡3 terceros y 3 COUS!

Después me matriculé en un módulo de Automoción de grado superior, que nunca acabé porque ya empezaba a currar y todo no era compatible.

Además de no dar palo al agua desde 2º de BUP en el cole, empecé a coquetear con las drogas. Primero fueron los porrillos esporádicos y algún verano con los amiguetes del

apartamento (valenciano) algún tripi. La verdad que creo que fue la única droga dura que realmente me sentó bien y medianamente la disfruté.

Como eran un pelín mayores que yo, iban un poco por delante. Al final tanto en Madrid como en las vacaciones era el mismo rollete. Porretes a mansalva y tripis por doquier. ¡Hubo un verano que todos los fines nos entripábamos! Después vinieron las pastilitas y las discotecas y por último la coca.

En el instituto nocturno fui un kiosko principalmente de porros, aunque a veces vendía coca también. Tampoco daba para vivir, era para fumar o salir sin que fuera un dineral.

Durante el instituto yo creo que no ligué nunca. De hecho la primera vez que follé yo creo que tenía 18 o más. ¿Para qué follar? ¡Si drogarse mola!

Mi primer curro fue repartiendo comida rápida a tiempo parcial, al mediodía, y luego iba al instituto, a pasar la tarde básicamente. Me compré una scooter de 50cc, porque ¿para qué quería un coche? Aunque tenía edad.

También repartí dietas para gordos a domicilio. En esta época el coqueteo con las drogas fue a más y las relaciones con la gente que no salía de fiesta a menos. Con los papás también iba a menos.

- Domingo:

Hasta aquí me ha salido todo muy fluido y muy fácil. Supongo que como he pasado una semana muy rara y la he acabado mal, ahora me cuesta bastante seguir con la biografía. La verdad no sé cómo seguir.

Había pensado no volver a escribir a Lucía... pero acabo de hacerlo...

He llegado a la conclusión de que no voy a contarle a nadie mis rayadas, a ti sí y a pocos más; no es que vaya contando por ahí, pero a los más allegados sí que se lo he contado y realmente no sirve de nada porque no me solucionan nada y después me siento mal.

¿Sirve de algo no fumar porros? Ahora como no hay porros...el otro día valerianas y alcohol. El día que me rayé por lo de Lucía, bebí whisky en mi casa hasta no poder más, literalmente. No de una manera depresiva... ¿o sí? Pero me encontraba a gustito y con musiquita y todo. ¡Hasta bailaba!

A veces pienso que con las drogas siempre he sido un poco yonkie: casi nunca ha habido moderación. Siempre o casi siempre ha sido un poco abusivo.

Creo que voy a quemar todas las opciones. No me importaría que fuera sólo mi amiga (sin sexo); yo no tengo amigas, bueno ¡ni amigos!

También me jode darme cuenta de que a mi alrededor hay gente que me aprecia y que realmente valen más de lo que yo pensaba y he tenido que darme cuenta de esto porque estaba tocando fondo y he tenido que recurrir a ellos y me han escuchado e intentado ayudar.

- Con Carmencita y mis padres:

Me llamaron mis padres y estaba en la ducha y le puse un whatsapp a mi padre rollo: "¿qué quieres?"

- "Hace mucho que no hablamos, para ver qué tal estás y demás".

Mi respuesta: "no me apetece hablar con nadie, otro día hablamos".

El domingo me escribe mi madre para que venga a comer. Respuesta: "Yo no voy". Nada más...

Con Carmencita: me molaría que me hubiese prestado más atención este finde que he estado bastante jodido. Me doy cuenta de que no mola estar con un tío que todo el rato está preguntando cosas del rollo: "¿qué sentido tiene estar aquí (vivir)? ¿Qué motivaciones tienes? "Tal..." ¿Eso es suficiente para ser feliz? Igual la mareo demasiado. Cuando no son preguntas son exclamaciones de que todo es una puta mierda, que estoy asqueado y demás.

Acabo de escribir a Lucía: le he pasado la pelota a su tejado. Le he dicho que si algún día quiere tomar algo, ir a cenar, pasear por el parque o cualquier actividad, que me escriba y cuadramos un día. Que me escribe, ¡fenomenal! Y si no pues ¡que te jodan! Yo he puesto toda la carne en el asador y así me siento un poco mejor; o eso creo.

Me da la sensación de que muchas veces sé la teoría o la solución a muchas cosas, pero luego no sé llevarlas a cabo. O llevarlas a cabo, que es más difícil, no sé cómo se hace.

- ¡Lunes!

Acabo de llegar a casa. He ido a informarme para apuntarme al gimnasio. Por hacer deporte, relacionarme con gente nueva, hacer nuevas amistades, ¿ligar? Jejeje. Casi me pongo a llorar delante del que me explicaba las cosas porque me ha preguntado qué condición física tenía y le he dicho que no fumo y no bebo (...) pero que he llevado una vida un poco desordenada...

La verdad que el día ha ido medio bien; pero por la tarde me da por abrir el whatsapp. Había borrado las conversaciones con Lucía por la mañana y en donde pones el estado, veo que pone "fin" y una carita sonriente. No sé porqué pone eso, pero me lo he tomado que era por mí.

Luego abro el facebook y veo una foto con sus amigas en su casita nueva. Más rallada. Creo que voy a darle un poco de cuartelillo por si decide darme un toque algún día y si no, creo que

lo mejor para mí es eliminarla y olvidarme de su existencia porque no me aporta nada positivo y sí me aporta mucho negativo.

- Jueves 6:

Me han mandado de viaje con el trailer. Hacía un par de semanas que no viajaba con el camión. Se me ha hecho un poco duro. Durante 3,5 horas me he fundido la cabeza. Todo tema Lucía. Abro el facebook y miro si ha publicado algo o si cuelga fotos o lo que sea... Me autocastigo, lo mejor será borrarla y no saber nada más.

Pero me resigno al "por si me escribe".

¡Soy gilipollas! Soy consciente de que no va a escribir, que no es una tía que me convenga, que no se merece un chico como yo, que me he portado de puta madre con ella; y aún así... Además todo son recuerdos... y preguntas sin respuesta, o al menos no sé responderlas.

He parado a comer y tenía una presión en el pecho casi desde que salí. Estaba como angustiado. He comido en el Mc rata y me he enchufado dos latas de medio litro de bebida tipo Redbull. Al rato se me ha quitado la angustia y he parado de fundirme la cabeza. Con la angustia que te comento me da un montón de ganas de fumar, aunque de momento me aguanto. ¡Fumar tabaco! No sé si será un efecto placebo o un efecto real; pero me he sentido un poco mejor. La presión en el pecho ha desaparecido y la cabeza se me ha relajado.

Ya he descargado y estoy parado para hacer el descanso. No me apetece ni bar, ni relacionarme con gente desconocida. Me he comprado queso, pan y un litro de cerveza. No quiero tardar en dormirme. Quiero tumbarme y dormirme sin pensar y sin darle vueltas al monotema.

Es un poco contradicción: quiero que llegue mañana, llegar a casa y descansar. Pero en casa no estoy a gusto; sigo recordando cosas y poniendo la cabeza a funcionar autónoma. De momento no tengo ningún plan... De momento y de final... No he tenido mucho tiempo, ni ganas (la verdad) para apuntarme al gimnasio. Me siento un poco caca, un poco mal. Además me he acordado de mis padres; me han llamado un par de veces esta semana y no se lo he cogido... ¡Uf!, soy un poco lo peor. He pensado que la próxima vez que me llamen y me pregunten qué tal, vomitarles toda la mierda, incluido el tema Lucía, que además la conocen.

- Viernes noche en casa:

He llegado a la conclusión de que Lucía está como molesta o cabreada porque no le bailo el agua; porque no estoy como un mono de circo detrás. Y se dedica a poner fotos del tipo: "en la vida hay gente que sí, que no y que nunca..." Había pensado en borrarla pero ¿para qué? ¡Aguantamos! Jeje. No se da cuenta de que si me dijera "miau" me tendría ahí como un bobo

(sé que es de ser gilipollas... pero seguro que estaría ahí haciéndolo). Tengo a veces dudas en llamarla o escribirla (vuelvo a ser gilipollas...¡lo sé!). Pero me aguanto aunque me apetece hacerlo. Por otro lado, también podría hacerlo ella y además sé que no iríamos a ninguna parte y no me haría nada bien.

Hasta aquí la biografía. Parte de ésta acaba siendo como un diario, dice que es porque si no se le olvida lo que pensó exactamente. Le propongo hacer una lista de objetivos porque creo que se queda demasiado en los pensamientos y nunca llega a la acción, además cuando piensa en la verdadera acción siempre se imagina como un salto muy grande (pensamiento mágico), no concibe el hacer las cosas paso a paso.

Actualmente llevamos 18 sesiones. Al principio de la terapia el foco principal es su conducta adictiva y poco a poco, a medida que va consiguiendo una reducción y estabilidad vamos adentrándonos en todas las áreas que están afectadas porque nunca ha llegado a desarrollarlas. Utilizo la metáfora de que es un adolescente que se ha saltado etapas de desarrollo y todavía no ha aprendido a enfrentarse a muchas situaciones. No es que le fallen sus habilidades o todo se haya ido al garete por las drogas sino que nunca lo ha tenido.

Aprecio claramente cómo desplaza su conducta adictiva al alcohol y empieza a aumentar su ingesta. Tiene muy poca conciencia de este desplazamiento y le pido que rellene diariamente una hoja de registro.

Otras características destacables de todo lo contado hasta aquí son que evita el dolor, por lo que tiene que aprender a pasarlo mal. Que nada le sirve y se encuentra en una insatisfacción vital. Presenta distimia: cansancio, irritabilidad, tensión... Tiende mucho al hedonismo y al pensamiento mágico, busca siempre fuera, en sustancias, en otras personas, etc. No es muy interpretativo ni tiene una capacidad de introspección muy desarrollada, necesita que todo vaya hilado, que se encadene, para poder prever. Lleva bastante la contraria y no sabe retener ni su ansiedad ni sus emociones, necesita un mejor manejo del autocontrol, aprender a auto-regularse.

En lo que sigue a continuación aplicaré facetas del OPD-2 (Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado) al material de Roberto.

EVALUACIÓN A TRAVÉS DE OPD-2

EJE I: VIVENCIA DE LA ENFERMEDAD Y PRERREQUISITOS PARA EL TRATAMIENTO

Eje I (módulo de psicoterapia)	Ausente o apenas presente	Medio			Muy alto	No eva- luable
(opcional)	①	②	③	④	⑤	
Vivencia de la enfermedad, concepto y definiciones del paciente						
5. Modelo de cambio del paciente						
5.P1	Reducción de síntomas	<input checked="" type="checkbox"/>	①	②	③	④
5.P2	Reflexivo-acclarador de motivaciones /orientado hacia el conflicto	①	②	<input checked="" type="checkbox"/>	④	⑤
5.P3	Apoyo emocional	①	<input checked="" type="checkbox"/>	②	③	④
5.P4	Activo-directivo	①	②	<input checked="" type="checkbox"/>	③	④
Recursos para el cambio/obstáculos para el cambio						
6. Recursos para el cambio						
6.P1	Capacidad de introspección y mentalización (psychological mindness)	①	<input checked="" type="checkbox"/>	②	③	④
7. Obstáculos para el cambio						
7.P1	Ganancia secundaria de la enfermedad/condiciones para el mantenimiento del problema	<input checked="" type="checkbox"/>	①	②	③	④

1. Gravedad actual del problema

1.1 Gravedad de los síntomas

Nivel medio. Presenta estados de ansiedad, nerviosismo y conductas evitativas asociadas. Físicamente, presenta taquicardia, respiración acelerada, voz temblorosa y cara enrojecida.

1.2 Evaluación del funcionamiento global. GAF

80-71. A lo sumo menoscabo leve

1.3 En referencia al EQ-5D el paciente no tiene problemas para desplazarse ni para valerse por sí mismo. Sin embargo, tiene algunos problemas para realizar sus actividades cotidianas, especialmente las labores domésticas y las recreativas. Lleva meses sin limpiar su casa y apenas tiene comida en el frigorífico. No tiene actividades recreativas, exceptuando uno o dos viajes al año a un circuito de coches. Además durante el trabajo bebe alcohol. Las actividades familiares como comidas o visitas a sus padres (no tiene hijos ni pareja) le suponen un esfuerzo enorme, cuando lo hace. No presenta dolores ni molestias físicas pero psicológicamente sí está angustiado y especialmente deprimido.

2. Duración de la enfermedad.

Dice que "ha estado trastornado" desde hace 6 años, momento en el que la novia le abandona. Sin embargo, el problema actual es la conducta adictiva, lleva más de 20 años fumando hachís de forma continuada y consumiendo cocaína y psicotrópicos. Cuando llega a consulta hace 28 días que no consume hachís y alrededor de 2 meses desde la última vez que consumió drogas duras, aunque dice que éstas las dejó hace 5 años.

Se puede considerar que la primera manifestación de la enfermedad se da a los 17 años, cuando se empieza a consolidar la conducta adictiva. Por lo tanto la cronicidad es severa.

3. Vivencia y presentación de enfermedad.

3.1 Padecimiento subjetivo del paciente nivel medio. El paciente sufre claramente por la enfermedad, sin embargo le cuesta aceptar que ese padecimiento sea consecuencia del consumo y más recientemente del síndrome de abstinencia.

3.2 Presentación de la sintomatología.

Las representaciones del paciente no aluden a molestias somáticas (ausente). En cambio sí hace referencia a bastantes molestias psíquicas que le abruman pero no las relaciona con una causa psicológica concreta. En cuanto a los problemas sociales reconoce que los tiene. Así, la presentación de problemas tanto psíquicos como sociales es de nivel medio. En ningún caso se aprecian intentos explicativos del surgimiento de su trastorno o su influencia en él.

4. El concepto de enfermedad orientado hacia factores psicológicos es bajo y hacia factores somáticos o sociales nulo.

5. Conceptos de cambio.

El paciente busca una mejoría de una manera psicoterapéutica pero piensa que su conducta adictiva ha desaparecido y no relaciona ésta con el origen de ninguno de los problemas actuales. No hay una necesidad objetiva de tratamiento somático ni él la expresa, tampoco expresa el deseo de una intervención social.

Le da mucha prioridad al cambio de factores personales e interaccionales. Principalmente quiere cambiar, aprender y desarrollarse. La reducción de los síntomas queda completamente en un segundo plano. La disposición del paciente para el trabajo reflexivo-aclarador de motivaciones/orientado al conflicto es de nivel alto. El deseo de apoyo emocional es de nivel bajo, le ayuda desahogarse y descargar pero no es su objetivo principal. Busca apoyo activo-directivo en un nivel medio, a pesar de estar interesado en la tarea de comprender las motivaciones y conflictos, su expectativa es que el terapeuta se lo explique y le ofrezca información y consejos conductuales de forma concreta.

6. Roberto cuenta con recursos personales en un nivel medio. Fue capaz de dejar de consumir hachís durante el trabajo, aunque sólo después de que le multasen. Ha permanecido 28 días sin consumir nada de hachís y sin ninguna ayuda, aunque ha comenzado a beber incluso en horario laboral. Su capacidad para imaginarse el futuro y tolerar emociones negativas es bastante escasa. La capacidad de introspección y mentalización es baja, rechaza la mayoría de observaciones del terapeuta respecto de la posible relación entre su problema y sus procesos internos e interpersonales. Cuando comienza a abusar del alcohol se niega a asumir que es un problema, todo el rato me dice: "¿pero no es algo exagerado no?" Hay ambivalencia porque luego dice que cuando rellena el registro se siente enfermo y alcohólico y que le gustaría no excederse con las cervezas ni con el whisky.

En cuanto a los recursos sociales la relación con sus padres está muy deteriorada y por el momento no parece que puedan suponer un apoyo real, su hermana es su apoyo más fuerte, tanto emocional como instrumentalmente. El paciente le ha contado a varios compañeros del trabajo y a la jefa que ha empezado a venir al psicólogo, a sus compañeros les ha especificado que tenía problemas con las drogas. Se trata de un apoyo social nivel medio.

7. Obstáculos: Los externos son de nivel bajo. Uno de ellos es la alta permisividad y nula estigmatización de la adicción en su ámbito profesional. Gran parte de los amigos/conocidos consumen alcohol y hachís/marihuana, aunque estas relaciones sociales son muy escasas. El tratamiento puede implementarse fácilmente y no representa motivo de conflicto ni el contexto familiar ni en el laboral.

A nivel interno uno de los conflictos intrapsíquicos que pueden dificultar la tarea de que acepte la psicoterapia es el de sometimiento versus control, aunque no presenta este conflicto totalmente definido. Además tiene una limitada capacidad de regulación y tolerancia a los estresores. Sin embargo, tiene buenos recursos cognitivos. Estos obstáculos se consideran de nivel medio, si bien es cierto que el trastorno no le ofrece ninguna ganancia secundaria y únicamente tiene consecuencias negativas.

EJE II: RELACIÓN

De acuerdo a la escala de temas y recursos, el tema relacional que se presenta más importante es aquel en el que el paciente tiende a desvalorizarse y anularse completamente, en vez de valorarse y hacer notar a los otros el propio valor en forma adecuada.

El siguiente tema relacional de importancia es el de apoyarse y confiar en forma adecuada en los otros. El paciente demuestra demasiado sus necesidades, apoyándose en los otros en exceso, colgándose de ellos; en vez de demostrar adecuadamente sus necesidades.

El resto de dinámicas relacionales se describen en el siguiente anexo del material de trabajo:

Eje II: relación

Perspectiva A: vivencia del paciente

El paciente se vivencia a sí mismo	El paciente vivencia a otros
Item N.º Texto	Item N.º Texto
1. <u>30</u> se protege, esta alerta	1. <u>14</u> ataca
2. <u>29</u> se desvaloriza	2. <u>15</u> lo desmudan
3. <u>21</u> se pierde en el objeto	3. _____

Perspectiva B: vivencia de los otros (también del evaluador)

Otros vivencian al paciente	Otros se vivencian a sí mismos
Item N.º Texto	Item N.º Texto
1. <u>14</u> ataca, amenaza	1. <u>6</u> concilian, concilian
2. <u>11</u> descalifica	2. <u>26</u> se sobreadaptan, desisten
3. <u>10</u> exige	3. <u>7</u> cuidan demasiado

Formulación dinámica relacional:

Describe, por favor,

... cómo vivencia el paciente repetidamente a los otros: como atacantes y teme que lo desmudan

↓

... cómo reacciona el respecto a eso: está alerta y se protege o bien se pierde en el objeto y se desvaloriza y critica

↓

... qué tipo de oferta relacional (inconsciente) les hace a otros con su reacción: los ataca, amenaza, descalifica y exige

↓

... qué tipo de respuesta induce inconscientemente en otros: intentan armonizar, conciliar, cuidar la relación, se cuidan de sobreadaptarse, desisten

↓

... qué vivencia el paciente cuando los otros responden a lo inducido por él: Cuando desisten puede sentir que lo han desmudado y dominado, lo siente como un ataque

EJE III: CONFLICTOS

Eje III: conflicto

Preguntas para clarificar las precondiciones para la evaluación del conflicto

A) Los conflictos no pueden ser inferidos, falta seguridad diagnóstica.	si = ①	no = ②
B) Debido a un bajo nivel de integración estructural los temas de conflicto encontrados no corresponden a patrones disfuncionales de conflicto sino más bien a esbozos de conflicto.	si = ①	no = ②
C) Debido a defensas frente a la percepción de conflictos y emociones, el eje «conflicto» no puede ser evaluado.	si = ①	no = ②
D) Conflicto por estrés (conflicto actual), que no corresponde a patrones disfuncionales de conflicto	si = ①	no = ②

Conflicto disfuncional repetitivo	Ausente	Poco significativo	Significativo	Muy significativo	No evaluable
1. Individuación versus dependencia	①	②	②	①	③
2. Sumisión versus control	①	①	②	①	③
3. Deseo de protección y cuidado versus autarquía (autosuficiencia)	①	①	②	③	④
4. Conflicto de autovaloración	①	②	②	③	④
5. Conflicto de culpa	①	①	②	③	④
6. Conflicto edípico	①	①	②	③	④
7. Conflicto de identidad (o de roles normativos)	①	①	②	③	④

Conflicto principal: 3 Segundo conflicto más importante: 5

Modo más importante de la elaboración del conflicto	Predominantemente activo	Mixto preferentemente activo	Mixto preferentemente pasivo	Predominantemente pasivo	No evaluable
	①	②	③	④	⑤

Individuación vs. Independencia: Como en la configuración del vínculo predominan las tendencias a ser cuidado, debe considerarse como parte de otro conflicto (o estructura).

Sería más adecuado hablar del conflicto **“Deseo de protección y cuidado vs. Autarquía (autosuficiencia)”**. Estaríamos hablando de un modo pasivo, en el que las conductas abusadoras y el aferramiento a otros, concretamente a su hermana, demuestran una actitud dependiente y demandante.

Sus afectos guía serían la tristeza, la depresión con temor a perder al otro y quizá los sentimientos de envidia.

La contratransferencia es el aferramiento, la extorsión, la preocupación, el abuso, la rabia. Respecto a esto he de mencionar que tras la primera sesión con él (la última de mi jornada) me surgió la idea de que quizá podría haberse quedado alrededor de la consulta para merodear.

Respecto a las áreas de la vida:

En la familia de origen hay una dependencia del cuidado, de generación en generación. La madre un mes sí un mes no cuida de la abuela, y durante este mes se olvida del resto de cosas y personas. Además la hija parece la cuidadora de sus padres y la mediadora en el matrimonio. En cuanto a la pareja/familia hay un claro aferramiento y deseo de ser cuidado en la pasada relación de pareja y en la fraternal. La relación es estrecha y demandante, las fantasías de separación desencadenan angustia, abatimiento y desamparo. Estas características también se hacen palpables en la relación corta y turbulenta con Lucía. En cuanto a la actividad laboral busca una situación que sobretodo le ofrece seguridad, lleva 6 años en el mismo trabajo y aunque poco a poco va reconociendo que no le gusta el ambiente, es un trabajo fijo en el que además la mayoría de sus compañeros tienen o han tenido problemas con el alcohol y las drogas, lo que se intuye es su entorno seguro porque sabe juzgar a este tipo de personas rápidamente.

En cuanto a los bienes materiales, poseer un coche, una moto, una casa y dos gatos parece que es todo lo que necesita, lo que aparentemente considera imprescindible para no sentirse un fracasado en la vida (que es como verdaderamente se siente).

Contexto social: Tiene escasos contactos sociales, los otros le perciben como exigente.

Cuerpo/sexualidad: Cuida muy poco su cuerpo, no come de una forma saludable ni hace ejercicio. Hay un claro hambre de sexo, constantemente usa redes sociales para mantener relaciones sexuales esporádicas con desconocidas, que la mayoría de las veces no le satisfacen verdaderamente.

En cuanto al comportamiento con las enfermedades no tengo información.

Como dije al principio del texto Roberto llegó a mi consulta recomendado por su hermana, que ya llevaba varios meses en tratamiento conmigo. Al leer sobre el conflicto ahora mencionado me asombro al darme cuenta de cómo él representa el modo pasivo de este conflicto y ella aún más claramente el modo activo.

Descarto el posible conflicto de autovaloración, para considerarlo tendrían que darse intensos e infructuosos esfuerzos por lograr el reconocimiento del propio valor pero me da la sensación de que Roberto nunca ha perseguido este objetivo.

Puede haber un ligero “**conflicto de culpa**” en el que se atribuye la culpa a sí mismo más allá de una medida adecuada de responsabilidad. Tiende al autorreproche y a la autocrítica. La culpa es contrarrestada por medio de castigos autoimpuestos, como podría ser el incidente de hincharse a pastillas “para joderse”.

Sus afectos guía son la tristeza, la depresión y la culpa. Efectivamente en la contratransferencia siento que tengo que tener mucha precaución. De nuevo en este conflicto Roberto asumiría el modo pasivo.

En cuanto a la familia de origen excusa a sus padres a la vez que se acusa a sí mismo. Es obvio que ellos no han sabido cómo relacionarse con su hijo pero él destaca una y otra vez que les trata a patadas. Se hace evidente que le han descuidado y que él los justifica diciendo que si podían le compraban todo lo que quería. Más tarde en la terapia dice sin darse cuenta que sus padres no le han mirado, cuando se lo señalo rectifica y dice que le han mirado con una mirada contemplativa, que siempre han tenido la misma actitud pero que él no se ha dejado.

En relación a la pareja quizá lo poco que menciona sobre el fin de la relación con su ex novia (relación poco explorada en terapia) corrobora este conflicto. Lo único que cuenta es que ella le amenazó con dejarle y él siguió sin cambiar nada o sin tomarla en serio (asume la culpa), y a pesar de que ella le dejase tirado simplemente abandonando la casa, él no critica esta actitud, que creo que cualquier persona podría sentir como bastante agresiva aunque de un modo indirecto (disculpa a la pareja a través de la omisión).

Actividad laboral: Evita posiciones de liderazgo, dice que la jefa le castiga dejándole a él los peores viajes o la furgoneta en vez de el camión. El elogio y el reconocimiento le resultan incómodos (esto es obvio por ejemplo cuando yo le valoro ciertas actitudes o conductas).

Bienes materiales: Dar y recibir le resulta conflictivo. Muy avanzados en la terapia me cuenta un conflicto con el tema de que su hermana quiere comprarle su moto, lo maneja bastante bien pero en otra sesión me dice que antes con ese tema se hubiese agobiado un montón.

En este momento también me doy cuenta de que esta evaluación se presenta fácil cuando ya conoces bastante al paciente y te ha contado muchas cosas pero se me haría muy difícil decidir o corroborar las listas de chequeos cuando apenas he tenido tres sesiones con el paciente.

Cuerpo/sexualidad: No sé hasta qué punto sus deseos sexuales son vividos con culpa ya que habla bastante abiertamente del tema, pero sí es cierto que cuando cuenta que se ha acostado con una desconocida pone caras de asco y se hace manifiesto que no le ha gustado mucho lo que ha hecho, aunque sigue repitiéndolo. También dice que se ha sentido fatal cuando se ha acostado con prostitutas.

Creo que también puede existir cierto conflicto de **"Sumisión vs. Control"**, en cuyo caso sería mixto, pero en el cuestionario lo pongo como no evaluable porque creo que ciertas áreas del conflicto no terminan de encajar. En la relación conmigo noto sobretodo una sumisión pasiva-agresiva, a veces deja entrever su lucha por el poder. Me dice cosas como "si tú me dices que haga círculos yo los hago", sin embargo rebate muchas de las cosas que le digo. También me pide como un niño obediente que le mande deberes y cuando le pido que escriba pequeños objetivos o haga algo fuera de las sesiones, respondiendo a su petición de mandarle algún ejercicio extra para que se sienta más implicado con la terapia, me dice que no sabe si lo ha sabido hacer como yo quería. En otras ocasiones me dice "vengo aquí porque me sirve de algo, sino no vendría" o "venir aquí es como apuntarse a meetic (red social para encontrar pareja). El día que no me sirva de nada venir no vendré. Venir aquí me da igual, sólo me costó el primer día, te puedo contar las cosas a ti como se las cuento a otro".

Respecto a la familia de origen presenta escasa capacidad de equilibrar los intereses propios con los de otros y se hace muy difícil mantener el orden de un modo equilibrado, lo que pertenece al modo activo. En el trabajo representaría un modo más activo donde privilegia una posición subordinada, sabotea pasivamente las exigencias laborales y transmite la impresión de una capacidad de rendimiento laboral limitada.

EJE IV: ESTRUCTURA

12. Materiales de trabajo del OPD

Eje IV: estructura

Eje IV: Estructura	Nivel alto	1,5	Nivel medio	2,5	Nivel bajo	3,5	Desinte-grado	No eva-luable
1a Percepción de si mismo	①	•	②	✗	③	•	④	⑤
1b Percepción del objeto	①	•	②	•	✗	•	④	⑤
2a Autorregulación	①	•	②	•	③	•	✗	⑤
2b Regulación de la relación con el objeto	①	•	②	•	✗	•	④	⑤
3a Comunicación hacia adentro	①	•	②	✗	③	•	④	⑤
3b Comunicación hacia afuera	①	•	②	✗	③	•	④	⑤
4a Vínculo con objetos internos	①	•	②	✗	③	•	④	⑤
4b Vínculo con objetos externos	①	•	②	•	✗	•	④	⑤
5 Estructura total	①	•	②	•	✗	•	④	⑤

Roberto se encuentra en el nivel bajo de integración, aunque en algunas áreas ésta tienda a un nivel medio. La disponibilidad sobre las funciones reguladoras está bastante reducida en el sentido de déficit de desarrollo. Además el espacio interior emocional está poco desarrollado. Se trata de un self muy necesitado, frágil y claramente impulsivo. Sus imágenes de los objetos son amenazantes y perseguidoras. En cuanto a su estructura normativa (en el sentido del superyó) no diría que se encuentra disociada, ya que tiene un alto nivel de auto-crítica y normas castigadoras, más caracterizado del nivel medio de integración. Los deseos inconscientes no se ligan intrapsíquicamente, sino que se enfocan hacia afuera. De modo que se desarrollan menos los conflictos intrapsíquicos y mucho más los interpersonales. Su angustia central corresponde a la destrucción del self por el objeto malo o por la pérdida del objeto bueno.

Percepción de sí mismo:

En cuanto a la Autorreflexión el paciente presenta una integración moderada: Tiene poco interés en reflexionar sobre sí mismo, al llegar a la consulta una de sus peticiones es "quiero que me digas qué me pasa" y respecto a la vida piensa "¿qué narices pinto yo aquí?". La autorreflexión se dirige principalmente hacia el self conductual. Presenta una autoimagen más bien burda y le es difícil encontrar expresiones verbales pertinentes. No existe una descripción de uno mismo clara y elaborada. En la biografía simplemente dice que es el mayor, que sólo son su hermana y él, luego simplemente se describe como un nefasto estudiante.

Diferenciación afectiva de nivel bajo: No percibe los afectos de forma diferenciada, cuando cuenta alguna situación le cuesta mucho identificar la emoción que está sintiendo. Mayoritariamente expresa los afectos a través de la agitación, especialmente al principio de las sesiones le tiembla la voz, se pellizca los nudillos, se rasca las manos o da golpecitos en la mesa. Los afectos también son expresados a través de la depresión. La expresión afectiva es dominada crónicamente por el desprecio, el asco y la rabia. Una característica que tiende más hacia la desintegración es que se ve expuesto a estados emocionales severos y confusos que no puede nombrar con palabras. Además esta mezcla de afectos sin identificar le impide dirigir una regulación conductual.

Identidad de nivel bajo: Aunque permanece siempre una autoimagen negativa ésta no es descriptiva, se limita a verse como "un mierdecilla". No percibo en él una orientación social constante. Mi sensación es la de estar delante de un adolescente que tiene que investigar qué hay afuera para poder ir eligiendo lo que quiere ser, o por lo menos lo que no quiere ser.

Percepción del objeto:

Diferenciación self-objeto media: La atribución de afectos, impulsos y pensamientos con relación al self y a los objetos es insegura. Atribuye al objeto los afectos que son insoportables para el self. Su bienestar depende básicamente de lo que hagan las personas de su alrededor. Para él valorarse sería encontrar a una persona que le encaje. Otro ejemplo referido a esta área es el siguiente: Llama a su padre por teléfono y no se lo coge, a continuación el padre le devuelve la llamada y ya no es capaz de cogérselo. Veo esta actitud como una forma de pasarle al padre la frustración que él mismo no podía aguantar, si le coge el teléfono sería como hacerse cargo él mismo de sus propios afectos. Con la incertidumbre le pasa algo parecido, si deja de beber ve cómo se sentiría y aguantaría esos momentos de incertidumbre; en cambio, me pregunta a mí cómo se tiene que sentir si deja de beber, quiere que yo le quite esa incertidumbre porque no la soporta.

Percepción del objeto total nivel medio: los otros no son percibidos en su complejidad y en sus aspectos contradictorios, sino que son vivenciados según los propios deseos, por lo que se exageran los aspectos positivos y negativos. Priman los aspectos negativos en la mayoría de gente de su alrededor. No puede dar una descripción de sus padres, puede que precisamente por la incapacidad de encajarlos en su filtro de blanco o negro.

Percepción realista del objeto baja: La imagen del otro está determinada por las propias proyecciones, necesidades y temores.

Autorregulación:

Esta área se encuentra más deficitaria.

La baja integración en el manejo de los impulsos es evidente. Éstos no pueden ser postergados ni contenidos. Las tendencias agresivas derivan en conductas destructivas y sobretodo autodestructivas. Esta conducta impulsiva es clara con la pasada adicción a la cocaína, con la actual adicción al hachís y con el comienzo del abuso del alcohol. Este mal manejo también se manifiesta en la conducta sexual, donde parece que necesitase de forma urgente su dosis.

Hay una desintegración en la tolerancia afectiva, ya que no puede tolerar los afectos intensos, especialmente los negativos, que son más frecuentes. Tiene conductas reactivas alteradas.

La desintegración también se puede encontrar en referencia a la autoestima, ya que apenas puede regularse y se caracteriza por una baja autoestima crónica.

Regulación de la relación con el objeto:

Protección de las relaciones baja: Los impulsos molestos no pueden ser manejados intrapsíquicamente, sino afectando las relaciones. Suele ser agresivo con los demás y muy demandante.

Regulación de los intereses baja: la relación está determinada por el sentimiento de amenaza relativo a los propios intereses y por una falla en la representación de los intereses del otro. La mayoría de los conflictos en su trabajo son por esta razón, porque se siente amenazado cuando usan "su" camión (ninguno tiene camión propio aunque suelen coger siempre el mismo) o cuando aparcan donde él siempre deja el coche.

Anticipación nivel bajo: apenas puede anticipar malas reacciones de los otros a causa de su conducta, por lo que no las puede usar para regularla.

Comunicación hacia adentro:

Los afectos negativos se mantienen de forma constante. En él priman la rabia y el desprecio. (Nivel bajo).

El uso de la fantasía se encuentra claramente restringido. Tiene serias dificultades para imaginarse un futuro. (Nivel medio).

En cuanto al self corporal no tengo información, el paciente no ha hecho ninguna referencia a su cuerpo.

Comunicación hacia afuera:

Evita establecer contacto emocional, las relaciones sociales le generan mucha ansiedad. Por otra parte presenta una conducta relacional exagerada y sin sentido de la distancia, como en el caso de la breve relación con Lucía, a la que agobia claramente. (Nivel bajo).

La comunicación de los afectos es complicada debido a la dificultad para diferenciarlos, sumado al predominio de los afectos negativos. Estas dificultades se hacen manifiestas en la relación con los padres, donde él se presenta tremendamente susceptible, retentivo e irritante. Parece que los padres tienen que perseguirlo, no saben cómo comunicarse con él y la mayoría de las veces se comunican a través de la hermana. (Nivel medio).

La empatía frente al otro se ve limitada bajo la presión de los propios deseos y temores (nivel medio).

Objetos internos:

Tiene un nivel bajo de internalización: las relaciones con otros no suelen dejar buenas imágenes internas. Predominan representaciones de objeto amenazantes y persecutorias. La angustia central es ser perjudicado o eliminado por objetos.

Uso de los introyectos nivel medio: Roberto cuida muy poco de sí mismo, ya que sus objetos internos lo critican y sobre todo lo descuidan.

Variedad de los vínculos nivel medio: Las imágenes internas de personas significativas se diferencian poco y principalmente busca relaciones diádicas.

Objetos externos:

Diría que la capacidad de vincularse es característica de la desintegración: Con su hermana presenta una relación muy simbiótica y respecto a los demás prima una angustiosa autonomía. Evita el vínculo con el objeto. Aunque le ofrezcan planes que le interesan los rechaza. Los únicos planes que hace con más gente son porque va su hermana con él. Tampoco hay una representación de los otros como capaces de ayudarle. Las separaciones, como la ruptura con la novia, desencadenan depresión y desorganización. (Nivel medio).

RELACIÓN ENTRE CONFLICTO Y ESTRUCTURA

Ya que el paciente presenta una estructura psíquica poco integrada considero los conflictos como esbozos, más que verdaderos conflictos neuróticos determinantes para la vida o para el cuadro de trastorno. Se observa que estos temas de conflicto son variados y no terminan de encajar en las categorías. Ya que las funciones son limitadas, la mirada diagnóstica debe dirigirse a los recursos estructurales. No se trata de una limitación debido a las condiciones del conflicto, sino a que los recursos estructurales no se han desarrollado. Por tanto, se supone que su conducta relacional habitual se enfoca al manejo de sus vulnerabilidades estructurales.

FOCOS Y ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO

EL trastorno está determinado en gran medida por la limitada disponibilidad de funciones estructurales. Sus dificultades son consecuencia de una frágil capacidad de autorregulación y manejo de relaciones. En el contrato terapéutico será importante diferenciar entre sus incapacidades estructurales, por una parte, y las posibilidades de un manejo constructivo o destructivo de ellas. Será conveniente que algunas cuestiones, como el consumo de alcohol, sean reguladas en contratos. Se responderá a sus posibles transgresiones estableciendo con

firmeza límites bien definidos. Es importante que no haya una sobreexigencia que supere sus posibilidades estructurales.

El primer objetivo será mantener una actitud terapéutica que posibilite un buen vínculo. El terapeuta deberá adoptar una actitud parental, ofrecer contención y dejarse usar como yo auxiliar. Será prioritaria la función especular para que el paciente reconozca sus capacidades disponibles y su manera constructiva o destructiva de lidiar con sus limitaciones. Para un mejor afrontamiento se indagará junto con el paciente sobre los patrones experienciales y conductuales problemáticos.

Las funciones estructurales más debilitadas, y que por lo tanto requieren más apoyo son la autorregulación, la percepción del objeto, la regulación de la relación con el objeto y el vínculo con objetos externos. Debido a ello el terapeuta debe posicionarse más sólidamente como interlocutor, como el otro. La oferta relacional problemática no está dirigida personalmente al terapeuta, sino que se tiene que indagar sobre ésta con el paciente, desde la perspectiva de un tercero. Sin embargo es imprescindible que en un principio se busque la estabilización básica del self y se atiendan las interacciones relacionales posteriormente. El foco será el cómo, es decir, la distinción de la limitación estructural.

Se promoverá una mejor autorregulación, ayudando al paciente a regular la distancia entre él y sus problemas, de forma que adquiera una posición definida y observadora de sus impulsos, afectos, autoatribuciones y deseos relacionales. También se ayudará al paciente a que se involucre emocionalmente sin que esto le sobrepase.

Uno de los objetivos a nivel cognitivo será que adquiera una percepción más objetiva y global de la realidad.