

# Identidad modular. Una propuesta desde el enfoque modular transformacional

## Modular identity. A proposal from transformative-modular approach

M<sup>a</sup> Ángela Soler Roibal

Sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica

### Resumen

Este artículo propone el término *módulos identitarios* (MIs) para comprender la identidad desde el enfoque modular-transformacional. Se destaca su adaptabilidad y capacidad para integrar conceptos psicoanalíticos clásicos fundamentales en la constitución de la Identidad, como son el Yo y el Self (y términos derivados como Objeto del Self y Representación del Self). Se resume brevemente la evolución conceptual desde los primeros desarrollos de estos conceptos por Freud y autores posteriores, así como el intento de conciliar la multiplicidad del Self y su cohesión. Se plantea la noción de identidad como un fenómeno complejo, modular y en constante interacción con factores intrapsíquicos, relacionales y del entorno. Según esta conceptualización la identidad estaría compuesta por diversos MIs, cuya configuración se articularía según el individuo de formas singulares que se intentan ejemplificar en viñetas clínicas y a través del desarrollo de un caso.

*Palabras clave:* enfoque modular-transformacional, módulos identitarios, *self*, yo identidad

### Abstract

This article introduces the term *identity modules* (IMs) to comprehend identity within the transformative-modular approach. Emphasizing its adaptability and capacity to integrate fundamental classical psychoanalytic concepts in the constitution of Identity, such as the Ego and the Self (and derived terms like Object of the Self and Representation of the Self). The conceptual evolution from Freud's initial developments of these concepts and subsequent authors is briefly

summarized, along with the attempt to reconcile the multiplicity of the Self and its cohesion. The notion of identity is proposed as a complex, modular phenomenon in constant interaction with intrapsychic, relational, and environmental factors. According to this conceptualization, identity would be composed of various IMs, whose configuration would articulate uniquely for each individual, illustrated through clinical vignettes and the development of a case.

*Keywords:* Transformative-modular approach, identity modules, self, ego, identity

La desesperación es una enfermedad propia del espíritu, del Yo, y por consiguiente puede revestir tres formas: la del desesperado que ignora poseer un Yo [ignora que es espíritu], la del desesperado que no quiere ser sí mismo y la del desesperado que quiere ser sí mismo [sin Dios].

– (Kierkegaard, 1841/1994; p. 47)

Construir una identidad coherente y egosintónica es un reto en la sociedad contemporánea, dada la cada vez más amplia oferta de modelos con los que identificarse, que son tanto extremos como volátiles. Pensemos en la identidad de género, en las modificaciones corporales estéticas disponibles (para modificar nuestros rasgos, raza, edad...), en la diversidad de cualificaciones profesionales emergentes, en el concepto de neurodiversidad que está empezando a desplazar a los diagnósticos en la cultura popular. El enfoque modular-transformacional ofrece un marco privilegiado para abordar esta complejidad.

En determinados casos puede resultar particularmente útil un abordaje clínico desde el concepto de identidad modular que se propone. Un ejemplo sería el trastorno mental grave en la que psicopatológicamente se produce una fragmentación del yo y socialmente un estigma en la identidad del paciente. También es de utilidad en el trabajo con adolescentes, Blos (1967) ha descrito una segunda individuación, caracterizada por el alejamiento gradual del adolescente de los objetos internalizados infantiles como parte del desarrollo de la identidad. Pueden igualmente beneficiarse de este enfoque los profesionales de la salud que, atendidos como pacientes, tienen que enfrentar el difícil cambio de situarse al otro lado de la relación terapéutica (con la dificultad que ello implica a nivel identitario), así como aquellas personas que afrontan crisis vitales que introducen un cambio en la identidad, (transición de género, ser padre/madre, enviudar, emigrar, etc.). Otro ejemplo lo constituyen los casos de violencia de género en los que la víctima sufre una percepción distorsionada tanto de sí misma como del agresor.

Para ejemplificar la utilidad que representa el concepto de MIs se presenta un caso de un trastorno depresivo crónico en una personalidad narcisista desde la comprensión modular de la identidad.

## Aspectos conceptuales

### Terminología y algunas ventajas de la propuesta. ¿Por qué recuperar el término identidad?

Personalidad e identidad, son términos asimilados por la cultura popular, la filosofía, la antropología etc. La gran diversidad de definiciones refleja la complejidad de estos conceptos. Ambos términos están íntimamente relacionados y a menudo se usan indistintamente, incluso en la literatura psicoanalítica, lo que puede llevar a confusión. En este epígrafe se trata de diferenciarlos y explicar la elección del término identidad para el desarrollo de la propuesta.

El estudio de la personalidad procede, en su mayor parte del estudio de la patología, muy focalizada en el diagnóstico de los trastornos de personalidad basado en taxonomías (el DSM fue un antes y un después en la forma de diagnosticar). Desde la perspectiva biologicista, varios autores han definido la personalidad como el patrón característico de pensamientos, sentimientos y comportamientos de una persona que persiste a lo largo del tiempo y diferentes situaciones, y que surge de la interacción entre factores genéticos y ambientales (temperamento y carácter) propios de cada individuo (Eysenck, 1960, Wilson, 1975.)

El concepto de identidad es más amplio y dinámico. Añade a los pensamientos, sentimientos y comportamiento, las vivencias internas con respecto a uno mismo, la conciencia de uno mismo, representaciones de uno mismo, definido como identidad personal (ver De la Torre, 2001) y con respecto a la relación con el otro y con el mundo, en la que media nuestro cuerpo. Cabría aquí citar a Erikson (1956), que volvió a la definición del concepto de identidad del yo, enfatizando la importancia del sentido consciente de la identidad del individuo, junto a esfuerzos inconscientes para la continuidad de la experiencia individual. Describe la identidad como una síntesis general de las funciones del yo, de un lado, y como la consolidación de un sentido de solidaridad con los ideales del grupo e identidad de grupo, de otro lado.

El término identidad no está tan asociado clínicamente a la noción de trastorno como actualmente lo está el término personalidad. Kernberg señala cómo se ha ido dando una importancia creciente a la diferenciación de la identidad normal de las perturbaciones típicas que aparecen en los trastornos severos de la personalidad (Kernberg, 2006). Resulta notable el interés de Kernberg en su artículo por recuperar el término identidad, después de unos años en los que se ha visto desplazado en el psicoanálisis por el del *self*, no siendo, como se mostrará más adelante, términos equivalentes. La propuesta de este trabajo pretende sumarse a este interés. Vemos que el concepto de identidad, en cuanto a que implica la conciencia de sí mismo, está inexorablemente vinculado al del *self* y este al del yo, por lo que ambos serán revisados en otro epígrafe.

Estos términos propios del psicoanálisis -el yo, el *self*- no siempre son trasladables al diálogo con nuestros pacientes para transmitir conceptos abstractos sofisticados. Necesitamos acercar nuestro lenguaje al día a día de las personas con las que tratamos y a su universo individual. Este es uno de los objetivos de este trabajo, facilitar la comunicación de contenidos complejos en la psicoterapia lo cual sería ventajoso para pacientes y terapeutas.

Por otro lado, resulta adaptativo hablar de identidad modular en la cultura actual por las razones sociales antes mencionadas, tiene una valencia motivacional positiva (Bleichmar, 2001) en los tiempos de diversidad que nos toca vivir.

Finalmente, la propuesta de una construcción de la identidad constituida por módulos identitarios podría tender un puente entre el concepto de *múltiples selves* y el del *self unificado*.

### **El yo y el *self*: complejidades conceptuales**

Partiendo de las formulaciones freudianas, cada corriente y autor ha procedido a reinterpretar las conceptualizaciones del yo y el *self*, estableciendo equivalencias, discerniendo diferencias y refinando el modo en que ambas se desarrollan. La terminología asociada a este proceso se caracteriza por su complejidad.

En la teoría freudiana, el yo surge alrededor de los dos años como resultado del encuentro con la realidad que frustra al ello. Esta instancia psíquica tiene la función de evitar que la fuerza del ello tome el control y que la del superyó no nos oprima. La configuración del yo ocurre mediante procesos de identificación, donde se aspira a modelar el propio yo a semejanza del otro, tomado como modelo (Freud, 1920-1922/1991, p.100).

Al explorar el concepto del *self* en la obra de Freud, se encuentran diversos términos, como el *Ich-Gefühl*, traducido por Leo Spiegel (1959) como *I feeling* (sentimiento del yo), y la palabra *Selbst* (sí mismo). Sin embargo, la diferenciación entre ambos términos en Freud resulta problemática y ha sido objeto de críticas por su ambigüedad, especialmente por autores posteriores como Hartmann (1950).

Hartmann sostiene que el yo no surge exclusivamente del conflicto entre el ello y la realidad, sino que está presente desde el nacimiento, representado por funciones autónomas en el *área sin conflicto del yo*. La diferenciación entre el yo función y el yo representación, también conocido como *self*, se establece como una subestructura de la personalidad (revisado por Bleichmar et al, 1989).

Melanie Klein, por su parte, argumenta que el yo emerge desde el nacimiento (yo primitivo), pero su desarrollo se lleva a cabo a través de las relaciones objetales. Klein distingue entre el yo, que dirige las actividades y mantiene la relación con el mundo exterior, y el *self*, que engloba la totalidad de la personalidad, incluyendo no solo el yo, sino también la vida de los instintos, identificada por Freud como el ello (Klein, 1959).

En el enfoque de Kohut, el concepto del *self* se desarrolla a partir del estudio de personalidades narcisistas. Kohut postula que el narcisismo no es solo una etapa del desarrollo libidinal, sino que coexiste con el amor objetal a lo largo de toda la vida. El *self* se constituye mediante la internalización de objetos del *self*, y Kohut lo describe como una estructura supraordinal que forma parte del yo, el superyó y el ello (Kohut y Wolf, 1978).

El *self* de Kohut adquiere una importancia significativa, llegando a ser considerado el núcleo de nuestra personalidad. El narcisismo de Kohut desempeña un papel central en la formación del *self*, especialmente en el contexto de la reflexión sobre la identidad (Kohut y Wolf, 1978).

Por su parte, Bromberg (1996) habla de *estados del self*, modos de ser distintos que las personas experimentan en respuesta a situaciones específicas o durante períodos particulares, y *representaciones del self*, construcciones mentales que las personas tienen sobre sí mismas. Moldean cómo percibimos y entendemos nuestra identidad. El concepto de representaciones del *self* es retomado por Bleichmar (1999).

Como señala Crisanto (2007), los conceptos relacionados con el *self* varían considerablemente desde perspectivas coloquiales y fenoménicas, como la conciencia de uno mismo, hasta concepciones metapsicológicas más abstractas. Además de los reseñados, numerosos autores, como Auchincloss y Samberg (2012), Bollas (1982), Erikson (1956), Jacobson (1964) o Winnicott (2016) por mencionar solo algunos de los más representativos, ofrecen perspectivas diversas sobre el *self*, abordando aspectos clínicos, metapsicológicos y experienciales, mostrando cómo a pesar de ser un término específico del psicoanálisis, la integración del *self* en la teoría psicoanalítica ha sido desafiante, generando conceptos relacionados y divergencias entre los partidarios de su unicidad o multiplicidad.

### **Del *self* unificado y los múltiples *selfs* a los módulos de identidad.**

El estudio modular del psiquismo se opone a las categorías sintomales reduccionistas. Freud ya describió el psiquismo como una estructura modular, de hecho, culmina el desarrollo pulsional en la estructura tripartita de la mente (Bleichmar et al, 1989).

En las escuelas subsiguientes se ha mantenido la tendencia de considerar la mente compleja, modular y articulada. Tiene sentido, por tanto, concebir la identidad desde esta perspectiva.

Los herederos de la psicología del *self* 25 años después de Kohut, intersubjetivismo y psicoanálisis relacional, fueron intensificando el foco en la importancia de los aspectos relacionales frente a los estructurales e intrapsíquicos (Ornstein, 2008). Esto ha sido en ocasiones fuente de críticas.

Entre sus representantes ha habido defensores de la teoría del *self* unificado (Lichtenberg et al, 1996; Grossman, 1982; Spiegel, 1959) y defensores de la teoría del *self* múltiple (Mitchell, 1993; Danielian y Wachtel, 2015; Bromberg, 1996). Esta última defiende que el *self* no es algo unificado, sino múltiple; no es una entidad estática, sino que fluctúa constantemente; no es un centro de iniciativa aislado, sino constituido intersubjetivamente. Los múltiples *selfs* aparecen de forma secuencial y disociada.

Steven Stern, (2002) hace una crítica a las divisiones disociativas de la teoría del *self* múltiple, que tienen lugar en diferentes momentos a lo largo del tiempo. Él propone otro tipo de división de la experiencia del *self*: la división entre lo que él denomina la *experiencia subjetiva primaria* y el *self intersubjetivo* que tienen lugar de forma simultánea. La experiencia subjetiva primaria de una persona o realidad interna corresponde al *self* verdadero de Winnicott y Bollas. El *self* intersubjetivo es la totalidad de la experiencia intersubjetivamente constituida de una persona, ahora internalizada y presimbólicamente representada. Para Stern, la relación entre ambas instancias ocurre en el momento presente (experiencia del *self* momentánea) y determinaría las distintas cualidades de la experiencia del *self* a lo largo de un continuum: cohesión vs. fragmentación; autenticidad vs. falsedad; vitalidad vs. agotamiento; regulación del *self*

óptima vs. regulación no óptima; e iniciativa vs. sentir que uno está a merced de los otros. Estas son las cualidades que se destacan en las teorías del *self* unificado.

Es destacable la defensa de S. Stern del *self* cohesivo, su equiparación de la importancia de lo estructural frente a lo relacional (que él denomina ejes vertical y horizontal) y la importancia del “momento presente” en la internalización de los cambios. Resulta complejo, no obstante, pensar en dos instancias del *self*, constituyendo una de ellas el *self* verdadero.

Por otro lado, es valiosa la aportación de la teoría del *self* múltiple para entender la identidad. Clínicamente tiene mucho rescatable, aunque, al igual que hace S. Stern, no se comparta la visión de una división secuencial y disociada salvo en determinadas patologías o estados.

El enfoque de Hugo Bleichmar permite una comprensión de la identidad que aúna lo relacional y lo intrapsíquico, la cohesión y a la vez la modularidad del *self* entendiendo esta no como una secuencia de divisiones disociadas, sino como un conjunto de representaciones en interjuego continuo.

Sirva para ilustrarlo una de sus publicaciones, en la que habla de las múltiples representaciones del *self* y su organización modular desde los sistemas motivacionales: “El tratamiento de las crisis de pánico y el enfoque Modular-Transformacional” (Bleichmar, 1999, en el apartado titulado “múltiples representaciones del *self*: su organización modular”):

La representación del *self* al mismo tiempo que es múltiple (sectorial, modular) tiende a que algunas puedan adoptar una posición dominante en cada momento, no sólo en la conciencia sino, sobre todo, en el inconsciente...

...no nos estamos refiriendo a que el sujeto pueda tener representaciones disociadas dentro de un módulo –ej. En el módulo del narcisismo: grandiosidad consciente y sentimiento de inferioridad inconsciente, o alternancia entre momentos de grandiosidad y de impotencia- sino a un fenómeno propio de la estructura de todo sujeto en que cada sistema motivacional crea e impulsa representaciones que le son propias, en un interjuego continuo con las representaciones de los otros sistemas.

La propuesta de una configuración multimodular de la identidad incorpora los conceptos del modelo de Hugo Bleichmar y conserva los conceptos clásicos que él mantuvo en su obra, como el de *representaciones del self*.

Permite una comprensión de la identidad, constituida por múltiples módulos identitarios (MI) que adquieren configuraciones específicas en cada individuo. Los sistemas motivacionales ocupan un lugar nuclear en estos módulos, impulsándolos a modificar dichas configuraciones en cada momento como respuesta a una interacción con el otro (intersubjetivo), con uno mismo (intrapsíquico) o a un estímulo interno o externo (cuerpo, ambiente). El cambio terapéutico dependerá de cómo la experiencia en la interacción modifique y reinscriba los funcionamientos y representaciones del *self* en dicha configuración.

Cada módulo identitario es un componente de la identidad, integrado y articulado con el resto de los Mis, como lo estarían los átomos en una molécula. Los sistemas motivacionales desde el núcleo de estos módulos los impulsarían a aparecer como la representación predominante del sujeto en un momento concreto.

Podríamos representar en el núcleo de cada átomo motivaciones, pensamientos, creencias matrices pasionales, recuerdos y representaciones del *self* y en la periferia o corteza las conductas, que son el área de interacción con el exterior. Las emociones (activadas por la interacción con los otros, el entorno o desde lo intrapsíquico) tomarían el papel de la energía que movilizan, agrandan y modifican el resto de los elementos. Pueden “reordenar” el átomo precipitando un cambio en el MI o el salto a otro MI (Bleichmar, 2017 comunicación personal).

## **El funcionamiento de la identidad entendido desde el modelo**

### **Importancia de la emoción y el cuerpo**

Cabe destacar el papel de la emoción y del cuerpo en el funcionamiento de la identidad. A nivel neurobiológico, las respuestas emocionales se originan en áreas cerebrales más profundas y primitivas (sistema límbico), viajan por vías neuronales más rápidas que lo cognitivo, podríamos decir que tienen canal directo de comunicación con el inconsciente. Pensemos cómo el estado emocional condiciona los efectos inducidos por las drogas o en cómo influye en los sueños.

Antes de que nos hayamos formado una opinión sobre un paciente (o cualquier persona) en el primer encuentro, ya nos ha producido sensaciones físicas (que registra nuestro cuerpo sobre todo de forma inconsciente) y se han activado estados emocionales que inclinan la balanza en una determinada dirección: encuentro cómodo/placentero o incómodo/displacentero. Esta parte de la experiencia queda inscrita de forma procedimental (Bleichmar, 2001).

El cuerpo tiene un papel fundamental tanto en lo nuclear como en lo externo. En lo externo nos presenta, nos expone con nuestra imagen física y con el contacto, comunica con el leguaje verbal y no verbal, y es escenario de las manifestaciones externas que la relación provoca en nosotros. En lo interno es el sustrato anatómico de todos los procesos psíquicos y da forma y acompaña a las representaciones del *self*, en forma de imagen o de otras formas de autopercepción. Recuerdo a una paciente que perdió 30 Kg en tras una cirugía bariátrica y estaba feliz, pero se sentía extraña. Seguía viéndose obesa en sus sueños, en los que vestía su ropa de delgada al tiempo que todo el mundo le decía lo guapa que estaba. “Es como si una parte de mí no supiera ser delgada”.

Desde el punto de vista evolutivo, el entorno puede considerarse casi como un objeto externo que interviene en la construcción de nuestra identidad. Esta relación con el mundo también está mediada por el cuerpo. La vinculación sensorial y emocional con el entorno natural en el que apareció y se seleccionó evolutivamente nuestra especie, ha estado muy desatendida en nuestro campo de estudio del psiquismo. Por suerte, cada vez hay más estudios que ponen de relevancia el impacto del medio ambiente en la salud mental. El libro de la psiquiatra Inglesa Sue Stuart-Smith (2021) *La mente bien ajardinada* recoge muchos de ellos, además de relatos inspiradores que hablan de la importancia de nuestra relación con el entorno para el psiquismo.

## Algunos ejemplos de funcionamiento de los MIs

Partimos, pues, de que la identidad se compondría de diversos MI, articulados según el individuo de formas singulares, pudiendo existir relaciones de conflicto, complementariedad o en determinados estados, sucederse a modo de secuencia automática, pero siempre en interacción (del mismo modo que lo están los sistemas motivacionales)

Citando a Bleichmar (2004, pág. 1382):

La estabilidad en el predominio jerárquico de uno o de varios de estos sistemas motivacionales ofrece la posibilidad de caracterizar ciertas estructuras de personalidad... Puede haber una alternancia en el predominio relativo de estos sistemas motivacionales en distintos momentos y en diferentes contextos intersubjetivos, lo que también ocurre durante el tratamiento.

Aunque algunas configuraciones puedan darse de forma similar en sujetos con determinada estructura de personalidad, el funcionamiento global del sistema es específico de cada individuo.

Por ejemplo, un MI puede funcionar de forma consciente (como nos demuestran verbalizaciones frecuentes del tipo: “Es que con esta persona sale la peor de mis versiones”), pero también un MI puede sufrir de represión o desactivación (casos de trauma, que “congelan” áreas de desarrollo), así como encontrarse narcisizado y monopolizar la identidad (pensemos en afirmaciones del tipo: “Ante todo, yo soy ...”) que pueden invalidar al resto de la identidad. Se presentan viñetas clínicas que ilustran de forma breve estos tres supuestos seleccionados.

### *MI en conflicto consciente con otros MIS*

Mujer de 60 años que tras quedarse viuda joven con tres niños tuvo que afrontar sola una situación económica compleja y las enfermedades graves de dos de sus tres hijos y se emparejó con un hombre al que identificaba como proveedor de seguridad y apoyo. Al cabo de los años había ido descubriendo los rasgos rígidos y paranoides de este hombre, y “desenamórandose”. Verbalizaba: “ya no me gusta él, pero lo peor es que no me gusta quién soy yo con él, no me reconozco, actúo como una mala persona, oscilo entre tenerle mucho miedo y agredirle”. En una sesión conjunta, pude observar la transformación de esta mujer frente a su pareja y los rasgos que me había descrito de él. En su afán por mostrarme cómo él le maltrataba, se comportó de forma provocadora e histriónica, descalificándolo y actuando de un modo que yo no había presenciado en dos años de tratamiento (MI adolescente-sistema narcisista). La mujer que yo conocía era cabal, inteligente y contenida (MI adulta). Tras la sesión me dijo que lo había hecho a propósito para que él saltara (no lo consiguió) y le devolví que ahora ya entendía a lo que se refería cuando hablaba de “esa versión de sí misma”. Trabajando posteriormente sobre el miedo y la agresividad, recordó una paliza que le había dado su padre en su adolescencia por faltar a una clase de piano. Tenía una buena relación con él, fue algo totalmente inesperado, no había ocurrido antes. Pudimos abrir un diálogo sobre el miedo (MI niña asustada que se somete a su pareja desde lo autoconservativo), en qué tipo de vínculo se había configurado ese funcionamiento y cómo no aparecía cuando se sentía a segura.



### ***MI* disociados**

Mujer de 26 años, con trauma complejo (abuso en la adolescencia, violación en grupo, amenaza de pérdida de padre y madre adoptivos por enfermedad) a la que atendí en varias ocasiones desde los 16 años.

El motivo inicial de consulta fue una bulimia. Pasó mucho tiempo hasta que pudo contar los abusos. Esta chica alcanzó un buen nivel funcional, acabó su carrera y no ha tenido dificultades para encontrar trabajo, ha vivido varias veces en el extranjero y tiene una red social estable. En cambio, tiene una salud frágil, su número de leucocitos baja sin causa médica aparente, y sufre infecciones y procesos inflamatorios (digestivos y articulares) con frecuencia. Se describía como alguien maduro, con objetivos claros, autónoma y luchadora, descripción que se correspondía en gran medida con su funcionamiento.

En sus relaciones de pareja se comportaba con dependencia y sometimiento y en su día a día se sucedían episodios con otras personas en los que no podía defenderse y se quedaba paralizada.

Describo uno de ellos: la atropelló una mujer que se saltó un semáforo cuando ella cruzaba por un paso de peatones, salió volando y se golpeó la cabeza, pero no perdió el conocimiento. La mujer bajó del coche y rechazó la ayuda de los transeúntes que se ofrecían a llamar a una ambulancia. La subió al coche y le dijo que ella misma la llevaba al médico. La abandonó en un centro de salud diciendo en la recepción que era la limpiadora que trabajaba en su casa y que se había resbalado de una escalera.

Durante todo el episodio, ella fue incapaz de articular palabra, defenderse o contar lo que había ocurrido en realidad. Me lo contó expresando que no entendía lo que le había pasado y por qué no había podido reaccionar, indignada consigo misma y furiosa con esta mujer.

Le remití a situaciones similares en las que aflora esta identidad sumisa e indefensa que se abandona en brazos del agresor, generalmente agresores que se identifican a sí mismos como cuidadores. Una vez pudo nombrar lo traumático, abrimos la toma de conciencia de situaciones de riesgo e interacciones con Otros retraumatizantes que activan su MI más vulnerable. Hicimos un trabajo de integración de los dos MIs (que se activan de forma disociada desde el sistema autoconservativo), la luchadora eficaz y resolutiva y la chica vulnerable y paralizada.

### ***MI narcisizado que contamina y desplaza el funcionamiento de otros MI***

Mujer de 46 años que acude con el diagnóstico de depresión. Los desencadenantes son el fallecimiento de su padre (del que ha derivado un duelo complicado) y un conflicto con su hija de 15 años que es consumidora de tóxicos y tiene un probable trastorno de la personalidad.

El relato de su biografía es una descripción de sí misma como víctima de los acontecimientos, y en ocasiones de los demás. Madre adolescente, sus padres le ayudaron a criar a su hija. Siente que ha salido adelante con mucho sufrimiento y gracias a que se sabe muy querida. En su entorno, todo el mundo se vuelca con ella (pareja actual, familia, compañeras) y se siente muy valiosa y reconocida en su trabajo de administrativo, aunque

lleva ya tiempo de baja. Ha recibido tratamiento en varias ocasiones, pero ningún antidepresivo ha sido suficientemente eficaz.

Se muestra desesperada y verbaliza que su hija le está arruinando la vida. Describe cómo la han criado con todos los caprichos y cómo ha sido “la niña más querida del mundo”, a pesar de ser un embarazo no deseado. Me resulta difícil escuchar el desprecio con el que habla de su hija y las brutales descalificaciones que le dirige, al mismo tiempo que verbaliza el dolor que le genera como madre y la impotencia de no poder ayudarla.

Las propuestas que le hago para ayudar a su hija o son inviables, o ya las ha probado y no han funcionado. Intento validar su sufrimiento e invocar a la madre amorosa de la que me habla, para que se pueda identificar con la niña. Aparentemente responde y hace algún movimiento hacia la mejoría.

Pero en cuanto su mejoría implica situar a su hija en la parte vulnerable de la relación, la posibilidad de avanzar se bloquea y se produce un empeoramiento. La identidad de víctima contamina todos los vínculos de esta paciente, lo que la lleva a conservar solo aquellas relaciones que la refuerzan y la validan. Está estrechamente asociada a una narcisización del sufrimiento y no permite que se produzcan cambios en el vínculo (incluido el terapéutico) que la desplacen de ahí.

### **El encuentro con el otro: la interacción del MI paciente y del MI analista**

Los MI han nacido en vínculos específicos, pero sufren transformaciones a lo largo de toda la vida.

Un MI supone la actualización de un vínculo significativo, en ese sentido utilizando términos clásicos se produce un diálogo *self*-objeto del *self*, un objeto con respecto al cual se construyen–reconstruyen representaciones y con el que interactúa de manera real (si la otra persona lo encarna) o fantaseada (recuerdos inconscientes).

En el encuentro con el otro, los MI activados inician este diálogo de los participantes, dirigidos desde los sistemas motivacionales predominantes de ambos, los cuales se influyen mutuamente. Un determinado MI tiende a generar instantáneamente un tipo de respuesta en la persona con la que se interactúa. Al mismo tiempo la respuesta del otro modifica, refuerza o transforma al MI del sujeto.

Es importante señalar que no siempre que un sistema motivacional toma el mando se va a activar el mismo módulo identitario. Va a depender del funcionamiento de todo el sistema y de qué estímulos lo han puesto en marcha. Como veíamos previamente citando a Bleichmar (2004) (ejemplo del sistema narcisista con dos representaciones del *self*) cada sistema motivacional crea e impulsa representaciones que le son propias, en un interjuego continuo con las representaciones de los otros sistemas.

Surge, además, la necesidad de introducir la posible imprevisibilidad en estos movimientos. Es decir, no siempre que se activa un MI del analista se activa el mismo MI del paciente. Son diálogos múltiples, al modo de los objetos internos en interacción, tal como lo plantean los kleinianos. En determinadas patologías como el trastorno de personalidad límite, es muy frecuente que el paciente nos sorprenda con un salto inesperado de una sesión a otra o incluso dentro de la misma sesión. Puede activarse un MI que se sale del diálogo diádico habitual.

Por ejemplo: paciente límite con vínculo ya establecido, en un momento estable en el que las sesiones transcurren tranquilamente. Por un imprevisto, va a llegar tarde y me deja un aviso. Le envié un mensaje de texto “tranquila, te espero” pero no lo ve y al recibirla en la consulta sonriéndole como siempre, ella monta una escena furiosa similar a sus peores momentos de *actings* porque “yo no había recibido su aviso”. Al quedarse a solas en el trayecto a la consulta con su mundo interno de abandono y persecución se reactivó su funcionamiento proyectivo.

Las sucesivas secuencias de emociones, pensamientos y conductas que se dan en el intercambio inducen el placer o el dolor, lo cual puede producirse de manera más o menos consciente. Se desencadena en consulta de una manera peculiar, no es mera repetición. (Sandler, 1989) En la relación transferencial-contratransferencial, pueden producirse cambios con respecto al vínculo que se actualiza, conserva mucho de las antiguas configuraciones, pero pueden aparecer elementos novedosos.

En el contexto de un vínculo seguro podemos explorar módulos identitarios con funcionamientos desadaptativos, y representaciones del *self* egodistónicas, podemos desplazar la valencia motivacional hacia módulos más funcionales. La terapia es una oportunidad de modificar y ampliar la inscripción de representaciones del *self* del paciente.

Aquí es importante remitirnos a la publicación de Hugo Bleichmar, “Making conscious the unconscious in order to modify unconscious processing: some mechanisms of therapeutic change” [Hacer consciente lo inconsciente para modificar los procesamientos inconscientes: algunos mecanismos del cambio terapéutico] (Bleichmar, 2004). En especial al acoplamiento experiencial (recrear un recuerdo con intensidad vivencial -momento en que estará en estado de memoria lábil- para que quede insertado en una nueva estructura vivencial de significación al acoplarse con otros recuerdos del pasado de signo diferente o con experiencias del presente -de dentro o fuera de la terapia- que lo reestructuren) y la transformación referenciada (contrastación continua entre un estado del sujeto y un referente que sirve de guía para ir aproximándose a ese referente). También cabe hacer referencia al concepto de momentos de alta receptividad (De Iceta et al., 2015) que resulta importante identificar como ventanas de oportunidad para la intervención. De forma espontánea o a través de distintos estímulos, se activan múltiples elementos mnésicos semánticos y/o procedimentales; implícitos y/o explícitos que determinan una ventana temporal en la que, independientemente de la valencia motivacional de una intervención el estado del paciente es de mayor receptividad para el cambio. La receptividad es específica en términos de producir cambio (o daño) a ciertos estados emocionales o áreas temáticas.

### **Caso clínico: Fred. Un módulo identitario afectuoso asfixiado por la rabia y la vergüenza narcisistas**

Acudió a consulta cuando tenía cuarenta años. Desde los dieciocho, había seguido varios tratamientos (medicación y psicoterapias individuales y de grupo), algunos prolongados y los valoraba positivamente. Había contactado con Elipsis para pedir terapeuta y Hugo Bleichmar lo deriva a mi consulta con la consigna “Me sorprende que este hombre no tenga relaciones con mujeres”.

Fred es hijo único de unos padres muy conservadores y religiosos que perdieron dos embarazos antes de que él naciera. Son de familias acomodadas, ambos tenían unas

expectativas elevadas con respecto a su hijo. Fred se crio en una pequeña capital de provincia.

Describe a su padre, ya fallecido, como un hombre rígido, descalificador y distante que se celaba de que su madre le dedicara atención. El recuerdo más significativo que tiene de una interacción íntima con él es en la adolescencia, una conversación muy incómoda sobre la masturbación “me dijo que masturbarse era darse golpes en el pito”.

A su madre la describe como “castrante”, siempre insatisfecha, más afectuosa, pero también crítica. Estaba continuamente corrigiéndolo y devolviéndole una imagen deficitaria de sí mismo: “por un lado me trataban como a un tarado y por otro esperaban que llegara a ser un triunfador”.

Fred siente que ha fracasado en todo en la vida y siempre está deprimido. Tiene un trabajo seguro, pero poco cualificado para sus estudios. Fue un buen estudiante al que la universidad le decepcionó. Se cambió de carrera, se licenció y acabó opositando: “yo iba a ser un *yuppie* en la Torre Picasso y acabé de currito”.

No ha tenido pareja, su primera relación sexual fue en un garaje, a los 21 años, con una prima mucho mayor que él. Al día siguiente ella lo contó en la mesa en una comida familiar para escandalizarlos. Fue muy humillante. Ha probado el sexo con profesionales, y visitado locales de BDSM. No ha tenido pareja y vive solo desde hace años.

Tiene un contacto inhibido, habla muy bajo y viste pulcro y algo anticuado. Verbaliza que siempre está incómodo en la interacción con las personas y que se siente un “discapacitado social”. “Soy un seta, nadie quiere saber nada de mí”. Su red se reduce a la gente de la comunidad religiosa a la que pertenecen sus padres, en la que hay un grupo de su edad. Fred habla con desprecio de estos compañeros y en general de casi todo el mundo, especialmente de las mujeres.

Se describe como alguien muy limitado y dañado que no cree que tenga solución. Siempre tiene alguna queja de salud y expresa que es “un viejo prematuro que va muriendo poco a poco”. Paradójicamente aparenta menos edad de la que tiene. Se muestra escéptico con respecto al tratamiento, pero nunca falta a las sesiones y viene muy puntual. Siempre ha estado “a la búsqueda” de terapeuta.

Utiliza jerga psicoanalítica, al comienzo con cierto tono exhibicionista y a medida que fue avanzando el tratamiento, para bromear sobre el proceso.

En lo que tiene una representación más amable de sí mismo es en lo intelectual, sabe que es inteligente y culto. Le gusta leer, el ajedrez, la música clásica, el jazz etc. se mantiene muy al día en cuestiones sociales y políticas. Es muy aficionado a la fotografía y se considera bueno en ello.

### **Formulación de los MI dominantes del paciente**

Desde el sistema narcisista dominan dos MI, con dos representaciones del *self*: una grandiosa y otra vergonzante. Aunque una de las dos tome el mando en un momento dado, la otra se articula con ella de forma complementaria.

Desde la grandiosa activa un MI paranoide al que el otro critica, desprecia o quiere perjudicar. Por ejemplo, ha dedicado mucho tiempo a formarse en fotografía. Es consciente de que se le da bien, pero no tiene mucho reconocimiento externo, porque tampoco se expone “no soy un profesional, no pertenezco al mundillo” (la vergonzante sigue estando ahí). Fantasea con que la agencia Magnum lo quiere fichar, pero hay gente del mundillo que “lo tiene vetado”. Se siente observado, juzgado. Acaba concluyendo que sus profesores le tienen manía y rivalizan con él.

Desde la vergonzante, domina un MI rabioso en el que la única forma de salir de la vergüenza es destruir al objeto. Le ocurre especialmente con las mujeres. Se siente muy poco atractivo en todos los aspectos. Cuando empieza a fijarse en alguna mujer de su entorno, generalmente “inalcanzable”, a la mínima interacción, fantasea con que es correspondido, ella le da “señales” (sigue estando presente la grandiosidad, los módulos se simultanean). En cuanto se siente inadecuado por cualquier motivo (p. ej. un día ella lo saluda sin mirarlo) “ella le ha humillado” y pasa a desvalorizarla, hablar de ella con desprecio y tener fantasías agresivas. Ambos MIs le llevan a deprimirse (mecanismos descritos por Bleichmar en las gráficas de su libro *Avances en psicoterapia psicoanalítica*, sobre agresividad y depresión, ver Bleichmar, 1997).

Análogamente, en otras áreas funciona de la misma manera, y critica todo aquello que no ha podido conseguir y que “supuestamente”, deseaba. Y digo supuestamente, porque este ha sido uno de los focos del tratamiento: dilucidar si realmente deseaba aquello por lo que tanto sufría. En muchas sesiones hablamos de la envidia destructiva y de la rabia narcisista y me devuelve que en otras terapias no había hablado de su rabia, sólo de su baja autoestima y que “le ayudaba ese enfoque del narcisismo”.

Con respecto al origen de su funcionamiento narcisista, él ya tenía un trabajo previo sobre las identificaciones con su padre y con su madre, de lo que esperaban de él y deseaban para él. Los culpaba de su “baja autoestima y sus dificultades relacionales” por lo que me centré más en explorar otros posibles módulos identitarios que pudieran reactivarse y equilibrar el funcionamiento dominante de estos.

### **El funcionamiento de la díada analista-paciente**

Al principio del tratamiento Fred me inducía a responder desde dos sistemas motivacionales predominantes:

1. El sistema auto-hetero conservativo. Me resultaba inquietante que una erotización del vínculo fuera asociada a fantasías sádicas. No es una transferencia fácil de manejar y de alto riesgo de respuesta contratransferencial yatrogénica. En este sentido puse especial atención a no caer en interpretaciones innecesarias de la transferencia erotizada, que alentaran estas fantasías y que habrían disparado la vergüenza. Decidí esperar a que el *timing* permitiera hablar de su relación con las mujeres. En un análisis a posteriori me vi funcionando en un MI de terapeuta de adolescentes (representado por una cuidadora cercana, no invasiva y con el interés justo en su sexualidad).
2. El sistema narcisista. Probablemente activado antes de conocer a Fred. Es un paciente que me derivó el Dr. Bleichmar. Además, ha tenido varios terapeutas varones previamente. Creo que esto activaba un MI de analista

y médico competente (representada en este caso como profesional feminista). Tuve que prestar atención por no rivalizar y no actuar reactivamente a sus cuestionamientos y agresiones. Fue difícil mantener un perfil lo suficientemente alto para que él me pudiera respetar como profesional y lo suficientemente bajo para no hacerle sentirse amenazado intelectualmente por una mujer.

Siempre he utilizado un lenguaje muy coloquial con él, y he tratado de explorar y potenciar su capacidad de mentalizar. Al principio sondeaba su disposición a bromear y me pareció esperanzador ver que sintonizaba. Por ejemplo, hablando de sus intereses, le pregunté:

- ¿Qué estas leyendo?

- *La peste*, de Camus y *La Metamorfosis* de Kafka.

- ¡Hombre Fred! ¿Cómo no vas a estar deprimido? Haz el favor de buscar algo más ligero que me voy a acabar deprimiendo yo.

Cuando Fred se echaba a reír con este tipo de intervención, yo le devolvía que cuando se reía tenía un aspecto muy diferente, que “parecía otro” e intentábamos averiguar qué le había hecho reír. Aquí le planteé que tratara de identificar desde dónde hacía esa elección (de lectura en este caso) ¿desde el mandato intelectual narcisista o desde la búsqueda del placer en la lectura? Esto nos dio un marco relajado para hablar de motivaciones como el placer o el afecto, que despertaba su interés.

Trajo fotografías e hicimos algunos trabajos proyectivos con ellas. Fred disfrutaba de estas sesiones con sus portfolios y se sorprendía de que yo las preparase y le dedicase el tiempo de la terapia. Sus primeros trabajos fotográficos eran desoladores, nunca aparecían personas y cuando empezó a introducirlas eran marginales, desvitalizadas.

Fueron apareciendo algunas iniciativas movilizadoras. Dejó el grupo católico en el que cada vez se sentía más fuera de lugar, se apuntó a clases de inglés y retomó estudios de fotografía.

A medida que se exponía más socialmente, tenía más experiencias en las que se sentía “disfrutando”, como en los viajes con la gente del curso de fotografía. Pero había otros momentos en los que hacía síntomas referenciales que, aunque identificaba y criticaba expresando “me pongo parana” le desestabilizaban y le generaban mucha angustia. Su conclusión: “No me compensa, esto es un infierno”. Siempre me ha producido ternura cómo a pesar de la queja y el opositorismo, no dejaba de esforzarse, seguramente más por agradarme que por mejorar, pero, sin duda, a sus padres sus esfuerzos no les produjeron ternura.

Se planteó pedir una excedencia en el trabajo para dedicarse a hacer fotos y le animé a ello. Para mi sorpresa, me llamó su madre preocupada por esta decisión. Pudimos hablar de lo inadecuado de esta intrusión a sus ya más de cuarenta y se sintió reafirmado.

Tal y como anticipaba recibí agresiones fruto de la frustración en la transferencia erotizada. Cuando esta se hacía evidente iniciaba una secuencia emocional que terminaba en la agresión. En una ocasión, hizo alusión a que mi trabajo era como el de una prostituta, a ellas se les paga por sexo y a mí por ayuda, compañía y afecto. Le planteo que ahora

que me conoce algo mejor (ya llevaba dos años en tratamiento), cómo piensa que puede afectarme un comentario tan feo como ese y me dice que “no lo hace con la intención de hacer daño, que es una comparación, basada en la realidad”.

Le devuelvo que intuyo, por cómo se relaciona habitualmente conmigo, que siente aprecio hacia mi trabajo y hacia mi persona y que esa agresión, me hace percibirle como alguien incómodo con esos sentimientos.

- Sí, demostrar afecto me hace sentir humillado, me cuesta ser cariñoso, dar las gracias... lo paso fatal, como si eso fuera rebajarme ante la otra persona, supongo que es lo que he aprendido.

- Cuando las sesiones transcurren relajadamente y te permites funcionar de un modo espontáneo, mi sensación es que resulta más agradable para ambos. ¿Es así?

- Sí, es así.

Le pregunto que si podría llevar ese funcionamiento a otras relaciones.

Insiste en que eso es porque mi profesión “me obliga a ser maja” y la terapia es un entorno artificial. Fuera, él no puede ser así. Le devuelvo que tiene algo de razón, pero solo un poco y añadido en un tono gracioso que yo soy genuinamente maja y que no es un rasgo muy de la profesión, se echa a reír. Aprovecho que baja la tensión y le digo más en serio que la terapia no puede crear en él capacidades que no tiene. Si él puede ser agradable, es algo que ya estaba en él, si aflora conmigo, puede aflorar con otras personas. A lo que no responde y se queda pensativo.

En esta ocasión elegí centrar la intervención en el momento presente, se estaba exponiendo. Si recogía su afirmación –“es lo que he aprendido”– sentía el riesgo de reproducir interpretaciones de anteriores terapias sobre el origen de este funcionamiento en la relación con las figuras parentales. En cambio, este otro tipo de devolución (identificar una interacción funcional en el presente como genuinamente suya) introducía un elemento novedoso, con peso motivacional positivo en el afecto. Lo he usado en varias ocasiones.

En esta etapa del tratamiento, yo ya no respondía tanto desde lo auto-hetero conservativo, había más seguridad en el vínculo. Ya no trataba a Fred tanto como adolescente dañado y rabioso sino como a un adulto frágil implicado en su terapia. Los dos podíamos regularnos desde el sistema del apego.

Pudimos explicitar cómo muchas veces juzgaba anticipadamente a las personas por cómo le frustraba su relación con ellas, en base a lo que eran sus fantasías.

## **Momentos claves para el cambio**

### ***Embarazo de mi segunda hija***

(3 años en tratamiento) Fred siempre había especulado con que yo era soltera o divorciada, bromeaba con que, seguro que era una “niña bien, de familia burguesa que hacía lo que me daba la gana”.

Se lo comuniqué antes de que el embarazo fuera físicamente evidente. Se llevó las manos a la cabeza y empezó a reírse nervioso.

-¿Qué? ¡estás embarazada!, ¡qué fuerte!, ¿en serio?, pero entonces... ¿Tienes pareja?

- Sí.

- ¡Qué fuerte! ... Pero para tener tu primer hijo... eres muy mayor.

- Hombre, gracias, Fred, es el segundo...

- (se ríe) ¿Qué? ¿Tienes otro? ¡Qué fuerte, estás casada y tienes un hijo!

Después de recibir la noticia, hubo un periodo sin grandes cambios. Pero a mi vuelta de la baja (me regaló un libro para el bebé), había momentos en los que volvía a estar rabioso. Continuamente cuestionaba mi preocupación por su bienestar, habiendo dinero de por medio “como no tengo a nadie, te pago a ti”. Le confronté con esos comentarios “me recordaban a otros momentos de rabia” y me reconoció que lo del embarazo “fue un mazazo”.

Trabajamos sobre cómo él había imaginado que era mi vida y retomamos el tema de sus fantasías con respecto a los otros. Le planteé la diferencia entre lo que le interesaba la vida privada de sus anteriores terapeutas varones y la mía.

Hablamos de cómo su sexualidad y su afecto estaban invadidos por la rabia de su funcionamiento narcisista. Fred sentía curiosidad por todo este descubrimiento. Y verbalizaba placer al entender este funcionamiento.

Resuelto el conflicto, fue cambiando la transferencia, le resultaba menos amenazadora como madre de dos hijos, con pareja estable que como mujer sexualmente disponible. Esta interpretación, se la planteé a posteriori, buscando el *timing* oportuno y fue un anclaje para analizar su relación con otras mujeres... y un alivio.

### ***Enfermedad y fallecimiento de mi padre y adopción de Lucas***

Esto ocurrió seis años después. Fue uno de los pacientes a los que consideré que beneficiaría saber la causa de mis ausencias frecuentes. Se mostró empático y no dio ningún problema. Sabiendo que le gustan los animales, compartí con él que a la muerte de mi padre adoptamos un cachorro. Le entusiasmó la idea y constantemente me preguntaba por “Lucas”. Señalé de forma explícita cómo le resulta más fácil dar muestras de afecto a través del perro (todos los juguetes de mi perro son regalos de Fred). El contacto con los animales ha quedado inscrito como fuente de placer sensorial y afectiva. En esa época empezó a hacer voluntariado en asociaciones protectoras decía que le sentaba fenomenal, el contacto la interacción... llegó a irse a buscar perros abandonados a otras provincias desde los refugios en sus días libres.

### ***Enfermedad de su madre y pandemia***

Dos años antes de la pandemia, su madre, que sufría enfermedad pulmonar crónica, inició una demencia rápidamente progresiva. A pesar de que la relación era distante y hablaba de ella con rechazo, siempre se había encargado de sus temas médicos,



gestiones económicas, etc. y pasaban parte de sus vacaciones juntos. Pero desde la demencia, empezó a funcionar como un cuidador excepcional, se movilizó en todo lo que estaba a su alcance para darle calidad de vida. En el confinamiento se la llevó, en silla de ruedas y con bombona de oxígeno, a vivir con él a su pequeño apartamento. Fue uno de los pacientes que más me preocupó (lo atendía online). Estuve muy pendiente de él y traté de ayudarlo con cuestiones médicas de su madre. Pasó momentos tremendamente angustiosos y duros. Se derrumbó en varias ocasiones, e incluso se permitió llorar. Me envió bastantes mensajes agradeciéndome el apoyo. “Muchas gracias, sin tu ayuda no habría podido soportar todo esto”. Le explicité que me conmovía esta faceta suya y que admiraba que con la relación tan compleja que ha tenido con su madre, la pudiera cuidar así. Le transmití que sentía su situación, pero que era muy agradable verlo tan cambiado. Su madre falleció en 2023. Este periodo estuvo bastante deprimido.

Estos acontecimientos han sido ventanas, propiciaron momentos de alta receptividad (de Iceta et al., 2015) que le permitieron experimentarse en funcionamientos que no había podido integrar a nivel identitario en una relación con el otro. Momentos en los que Fred pudo identificarse conmigo como una persona afectuosa y cuidadora, que puede experimentar un placer no contaminado por la vergüenza y la rabia.

Llevamos 17 años trabajando, en algunos periodos interrumpimos la terapia por distintos motivos y en otros distanciamos las sesiones. Uno de ellos, se produjo porque le planteé que me preocupaba que la terapia estuviera cubriendo carencias y que disminuyera su necesidad de abrirse a otros vínculos. Me dijo que él también lo había pensado y acordamos distanciar las citas a una revisión mensual. Durante un tiempo estuvo acudiendo a un grupo de habilidades sociales y a *mindfulness*. Conoció a gente, tuvo otras figuras femeninas de referencia, pero no estableció vínculos duraderos.

Inevitablemente como terapeutas, tenemos expectativas. yo deseaba que encontrara una pareja, que hiciera amigos. También traté de convencerle de que adoptara una mascota.

No ha tenido pareja. Conserva algunas amistades, pero no muy cercanas. Tampoco ha adoptado una mascota, aunque en eso no he perdido la esperanza. Tengo la sensación de que en algunas de estas áreas estoy más frustrada que él y he ido aceptando que, como él dice, “en algunas cosas venía ya demasiado hecho polvo para cambiar”. También creo que en otras se ha acomodado a la soledad. Cuando regresa a sus primeras épocas y se pone “quejoso” le digo, “no me das pena Fred, vives muy cómodo” y él se ríe.

En el área de la fotografía está ya en un nivel muy avanzado, y aunque no ve opciones de dedicarse a ello, ha autoeditado algunos libros de muy buena calidad y disfruta con esto. Desde que falleció su madre, ha retomado los viajes y en cuanto tiene días libres se va con su cámara. También ha recuperado el contacto con algunos familiares. Se ha dejado el pelo largo, desgarbado y aunque conserva cierta pulcritud vistiendo tiene otro estilo, más casual.

Me gratifica que subjetivamente se sienta mejor, más cómodo con “cómo es ahora”. “Me siento mejor pero socialmente sigo siendo un seta”. Le digo bromeando: Has pasado de ser un “seta narciso triste y avinagrado” a ser “un seta bohemio solitario, pero bastante majo”. Me dice: “Eso me gusta, me lo apunto” (lo escribe en su libreta de notas).

Fred ha incorporado este modo de comunicación conmigo y cuando quiere activarme me dice: “Vaya birria de sesión hoy, no hemos sacado ninguna conclusión importante” y espera a que yo me remueva, para luego reírse.

Como colofón al trabajo clínico que se muestra, surgen algunas reflexiones que pueden generalizarse para trabajar con este modelo con cualquier paciente. Sin el afán de agotar las posibilidades se mencionan a continuación algunas de ellas en forma de pregunta:

- ¿Cuáles son las motivaciones prevalentes del/de la paciente? ¿Y las mías como analista?
- ¿Qué MIs se activan en ambos? Emociones, conductas, pensamientos, creencias matrices pasionales.
- ¿Qué representaciones del *self* podrían subyacer inconscientemente en esos MIs?
- ¿Qué MIs son más funcionales/disfuncionales? ¿Qué otros podemos explorar? ¿Cómo se configuran?
- ¿Quién quiere ser mi paciente?
- ¿Quién querría yo que llegara a ser mi paciente? Y ¿cuánto se parece a quien desea ser ella o él? ¿Podría esto perjudicarlo?

### Conclusión

A lo largo del artículo se exponen la multiplicidad de conceptos relativos a la identidad, el *self* y al yo y el solapamiento entre muchos de ellos, reflejo sin duda de la complejidad del elemento que se trata de definir. Los MIs ofrecen las ventajas de incorporar la riqueza del enfoque modular-transformacional y a la vez poder considerar la biología y el entorno sin necesidad de generar conceptos adicionales. La articulación de estos módulos que puede ser diversa como se ha mostrado con viñetas clínicas, permitiendo establecer un puente entre la unidad y la multiplicidad del *self* que ha dividido a los autores interpersonales a lo largo de la historia.

Este trabajo pretende ser una introducción, una propuesta a seguir desarrollando desde el enfoque modular transformacional. Quedan aspectos por ampliar, (el papel del ideal del yo, el funcionamiento de un MI como equivalente al yo observador, etc). Hugo Bleichmar nos dejó un patrimonio vivo para seguir pensando y enriqueciendo la comprensión del psiquismo. Hay aportaciones tuyas, como la teoría de la colonización emocional, desde las que seguir trabajando en este modelo de identidad.

### Referencias

- Auchincloss, E. L. y Samberg, E. (Eds.). (2012). *Psychoanalytic Terms & Concepts*. Yale University Press.
- Bleichmar, H. (1997). *Avances en psicoterapia psicoanalítica, hacia una técnica de intervenciones específicas*. Paidós.

- Bleichmar, H. (1999). El tratamiento de las crisis de pánico y el enfoque Modular-Transformacional. *Aperturas psicoanalíticas*, (3).  
<http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=94>
- Bleichmar, H. (2001). El cambio terapéutico a la luz de los conocimientos actuales sobre la memoria y los múltiples procesamientos inconscientes. *Aperturas psicoanalíticas*, (9). <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=178>
- Bleichmar, H. (2004). Making conscious the unconscious in order to modify unconscious processing: some mechanisms of therapeutic change. *The International Journal of Psychoanalysis*, 85, 1379-1400.
- Bleichmar, N. M., Leiberman de Bleichmar, C. y Wikinski, S. (1989). *El psicoanálisis después de Freud: teoría y clínica*. Editorial Eleia.
- Blos, P. (1967). The second individuation process of adolescence. *Psychoanalytic Study of the Child*, 22, 162-186.
- Bollas, C. (1982). On the relation to the self as an object. *The International Journal of Psychoanalysis*, 63(3), 347-359.
- Bromberg, P. M. (1996). Standing in the spaces: The multiplicity of self and the psychoanalytic relationship. *Contemporary Psychoanalysis*, 32(4), 509-535. <https://doi.org/10.1080/00107530.1996.10746334>
- Crisanto, C. A. (2007). El concepto self en psicoanálisis. *Revista Psicoanálisis*, 5, 77-84.
- Danielian, J. y Wachtel, P. L. (2015) Cyclical psychodynamics and the contextual self: The inner world, the intimate world, and the world of culture and society. *The American Journal of Psychoanalysis*, 75, 333-335.  
<https://doi.org/10.1057/ajp.2015.32>
- De Iceta Ibáñez de Gauna, M., Soler Roibal, M.A., Méndez Ruiz, J.A., Ingelmo Fernández, J. y Bleichmar, H. (2015). Active Change in Psychodynamic Therapy: Moments of High Receptiveness. *American Journal of Psychotherapy*, 69(1) 65-86.  
<https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.1.65>
- De la Torre, C. (2001). *Las identidades, una mirada desde la psicología*. Centro de investigación y desarrollo de la cultura cubana Juan Marinello.
- Erikson, E. H. (1956). The problem of ego identity. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 4, 56-121.
- Eysenck, H. J. (1960). *The structure of human personality*. Methuen & Co.
- Freud, S. (1991). Psicología de las masas y análisis del yo. En *Obras Completas* (Vol. XVIII, pp. 99-104). Amorrortu Editores. (Obra original publicada en 1920-1922)
- Grossman, W. I. (1982). The self as fantasy: Fantasy as theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 30(4), 919-937.  
<https://doi.org/10.1177/000306518203000405>
- Hartmann, H. (1950). Comments on the psychoanalytic theory of the ego. *Psychoanalytic Study of the Child*, 5(1), 74-96.
- Jacobson, E. (1964). *The self and the object world*. International Universities Press.
- Kernberg, O. (2006). Identity: Recent findings and clinical implications. *Psychoanalytic Quarterly*, 75(4), 969-1004.
- Kierkegaard, S. (1984). *La enfermedad mortal* (Trad., Demetrio Gutiérrez Rivero). Sarpe. (Obra original publicada en 1841)
- Klein, M. (1959). Our adult world and its roots in infancy. *Human Relations*, 12(4), 291-303. <https://doi.org/10.1177/001872675901200401>
- Kohut, H. y Wolf, E. (1978). The disorders of the self and their treatment: an outline. *The American Journal of Psychoanalysis*, 59, 413-427.

- Lichtenberg, J. D., Lachmann, F. M. y Fosshage, J. L. (1996). *The clinical exchange: Techniques derived from self and motivational systems*. Analytic Press.
- Mitchell, S. A. (1993). *Conceptos relacionales en psicoanálisis: Una integración*. Siglo XXI Editores.
- Ornstein, P. H. (2008). Heinz Kohut's self psychology -and ours. Transformations of psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalytic Self Psychology*, 3, 195-214.
- Sandler J. (1989). *Proyección, Identificación, Identificación Proyectiva*. Tecnipublicaciones.
- Spiegel, L. (1959). The self, the sense of self and perception. *Psychoanalytic Study of the Child*, 14(1), 81-109. <https://doi.org/10.1080/00797308.1959.11822823>
- Stern, S. (2002). The self as a relational structure. A dialogue with multiple-self theory. *Psychoanalytic Dialogues*, 12(5), 693-714.
- Stuart-Smith, S. (2021). *La mente bien ajardinada: El arte de vivir al ritmo de las plantas*. Debate.
- Wilson, E. O. (1975). *Sociobiology: the new synthesis*. Harvard University Press.
- Winnicott, D. W. (2016). The concept of the false self. En L. Caldwell y H. Taylor Robinson (Eds), *The collected works of D. W. Winnicott: Volume 7, 1964 - 1966* (pp. 27-32). Oxford University Press.  
<https://doi.org/10.1093/med:psych/9780190271398.001.0001>