

## Abordaje terapéutico psicoanalítico funcional ante pacientes con falso self patológico<sup>1</sup>

Valeria Elizabeth Romero Moreno<sup>2</sup> y María Fabiola Huerta Pirela<sup>3</sup>.

El objetivo de la investigación fue comprender el enfoque terapéutico psicoanalítico funcional en pacientes con falso self patológico. Se realizó un estudio cualitativo en consonancia con el paradigma interpretativo de investigación, seleccionado para explorar y desarrollar naturalmente el fenómeno. La información se obtuvo a través de un grupo focal con expertos en el área. Se utilizó el método de teoría fundamentada, lo que permitió identificar nuevos códigos teóricos en categorías centrales de alta significación conceptual. A partir de esto, surgieron conceptos clave como el proceso terapéutico, el lugar del terapeuta, la relación terapéutica, el falso self, el narcisismo, las fallas del terapeuta, los pacientes y la diferencia entre psicoanálisis ortodoxo y psicoanálisis relacional. Estos conceptos permitieron establecer análisis e inducciones orientadas a la funcionalidad de los procesos de la perspectiva relacional en el abordaje del falso self patológico.

**Palabras clave:** Falso self, psicoanálisis relacional, psicoanálisis ortodoxo, narcisismo.

The aim of the research was to understand the functional psychoanalytic therapeutic approach in patients with pathological false self. A qualitative study was conducted in line with the interpretive research paradigm, selected to naturally explore and develop the phenomenon. Information was obtained through a focus group with experts in the field. The grounded theory method was used, which allowed for the identification of new theoretical codes in central categories of high conceptual significance. From this, key concepts emerged such as the therapeutic process, the therapist's role, the therapeutic relationship, false self, narcissism, therapist failures, patients, and the distinction between orthodox psychoanalysis and relational psychoanalysis. These concepts allowed for analyses and inductions oriented towards the functionality of processes from the relational perspective in addressing pathological false self.

**Key Words:** False self, relational psychoanalysis, orthodox psychoanalysis, narcissism.

**English Title:** Functional psychoanalytic therapeutic approach to false pathological self-patients

### **Cita bibliográfica / Reference citation:**

Romero Moreno, V.E. y Huerta Pirela, M.F. (2024). Abordaje terapéutico psicoanalítico funcional ante pacientes con falso self patológico. *Clínica e Investigación Relacional*, 18 (1): 120-139. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de [www.ceir.info](http://www.ceir.info)] DOI: 10.21110/19882939.2024.180110

<sup>1</sup> Artículo de investigación derivado del Trabajo Especial de Grado, titulado: "Abordaje terapéutico desde una perspectiva psicoanalítica funcional ante pacientes con falso self". Maracaibo, Venezuela. Una versión ligeramente modificada ha sido reconocido con el Primer premio del Certamen "Devenir Psicoterapeuta" Edición 2024, del Instituto de Psicoterapia Relacional, Madrid, España.

<sup>2</sup> Psicóloga. Actualmente estudiante del Máster en Psicoterapia Psicoanalítica Relacional. En el Institut Català Donald W. Winnicott (ICW) y Agora Relacional. Madrid/Barcelona España. [psicvaleriaa@gmail.com](mailto:psicvaleriaa@gmail.com). Psicóloga de jóvenes y adultos, donde he aplicado mis habilidades para contribuir a la salud de ellos y sus relaciones. Fui egresada como estudiante cuadro de honor de psicología en la Universidad Rafael Urdaneta en 2023, contribuí al desarrollo del Servicio de Acompañamiento Psicológico en la misma universidad. Actualmente, estoy adquiriendo experiencia significativa en la práctica privada y online, aplicando mi enfoque en psicoterapia psicoanalítica relacional respaldado a su vez por certificaciones en Primeros Auxilios Psicológicos y Salud Mental. Mi participación en el programa de implementación de Reglas y Conducta en la LOPNNA de la Alcaldía de Lagunillas ha enriquecido mi perspectiva sobre el trabajo con jóvenes.

<sup>3</sup> Psicóloga, graduada de la Universidad Rafael Urdaneta (Maracaibo – Venezuela). Contacto: [Mariahuerta291297@gmail.com](mailto:Mariahuerta291297@gmail.com)

## Introducción

A lo largo de los tiempos, siempre ha existido una variedad de confusiones acerca de lo que es el self y el Yo, puesto que, estos tienden a relacionarse o, incluso, sus traducciones llegan a ser las mismas. Sin embargo, muchos autores hacen referencia al "Yo" como la estructura del aparato psíquico descrita por Freud (1915), mientras que, el self se interpreta como la persona completa. En este sentido, el self es inherente a la conciencia, ya que ésta hace alusión al entendimiento del ser humano en sí, es por ello, que este se resume en la esencia y autenticidad del individuo que es creada para afrontar las ansiedades según lo establecido por el entorno y la experiencia subjetiva que este atraviesa.

Debido a esto, Winnicott habla de "la realidad interna", la cual emana de la fantasía del infante que, al principio, consiste en elaboraciones muy simples de imaginaciones, sentimientos y funciones corporales, tan primitivas que no tienen accesos a la conciencia. A partir de ahí y con la concurrencia de experiencias cada vez más amplias, junto con el desarrollo neurológico adecuado, emerge el mundo interno (Cueli, *et al.*, 1997, p. 233).

El funcionamiento del self desde el punto de vista psicoterapéutico supone el abordaje de un proceso crucial en la terapia; tomando en cuenta que un verdadero self oculto, dado por una disgregación en la conexión con su opuesto (falso self), proporciona consiguientemente una diversidad de patologías que, desde el enfoque psicoanalítico, puede ser abordada desde distintas perspectivas. En consideración a esto, el hablar de falso self hace referencia a una diversidad de presentaciones que se hacen visibles en el mundo externo, destacando entre ellas el narcisismo. De tal modo que el origen de la personalidad narcisista, delincencial y conducta adictiva se explica de forma pertinente desde lo contemplado por Winnicott (1954, como se citó en Mateus, 2020), quien afirma que esta se presenta en ausencia de un entorno materno afectivo suficientemente bueno.

Es oportuno acentuar el hecho de que el falso self es influenciado por el entorno del sujeto, como muestra de las experiencias que podrían no estar reconocidas o conscientes por el mismo, sin embargo, en presencia de una experiencia infantil suficientemente buena esto coloca al individuo en una necesaria conexión con el verdadero self. De esta forma, estas experiencias se ven soportadas, reconocidas y reflejadas en una autenticidad (desde la infancia), de manera que, resulta necesaria esta integración e interacción entre verdadero y falso self. Sáinz (2017), establece que el entorno debe proteger al niño ayudándolo a construir el falso self, pero tiene la encomiable labor de facilitar que el verdadero self se exprese y pueda relacionarse con la realidad. El resultado de la experiencia relacional radica en que el sujeto puede estar adaptado a la sociedad sin sacrificar su espontaneidad personal.

El trabajo con estos pacientes no es nada fácil, puesto que estas personas tienen como problema fundamental la eliminación de vínculos, la soberbia, el no reconocimiento de límites, las carencias emocionales, arrogancia; entre otros aspectos que pueden ser limitantes a la hora de un proceso terapéutico. Estos aspectos devienen al desarrollo de una resistencia o coraza en protección ante la manifestación o exteriorización de la autenticidad del individuo (desintegración) que podría entenderse en función de un verdadero self que, en vista de los aspectos detonantes de la desconexión de este, podría verse disociada o incapacitada en su desarrollo. Así, Sáinz (2017) explica que el falso self es un protector del self, lo protege como si de un niño indefenso se tratara, lo esconde en la guarida y le viene a decir que él (el falso) dará la cara por él (el verdadero). A la vez que lo oculta, lo protege.

El analista y el analizante tienen que jugar de manera intersubjetiva ya que explorarán las carencias y conflictos; para que esto suceda ha de crear un espacio virtual psíquico donde los involucrados juegan el uno con el otro. Estos a su vez, manifiestan su historia por lo vivido en la infancia. Dicho espacio, necesita ser transicional, puesto que para Winnicott (1971) "jugar es hacer" (p. 42) y se alojarán fenómenos transicionales o vinculares, ya que será el lugar de aquello externo e interno de sí mismo. Este lugar deberá soportar la tensión de lo subjetivo y objetivo, y así, permitir un desarrollo emocional del sujeto.

En este sentido, Burgos y Cabezas (2020), establecen que un enfoque vincular posibilita la comprensión del proceso terapéutico dinámico donde se transitan las tres fases del desarrollo emocional del individuo, con base a un objeto transicional que permite se confronte y gestione la angustia suscitada en el recorrido. Es importante destacar que ambos no realicen juegos distintos, sino que el analista es necesario jugar al juego del analizante. En este sentido, el trabajo terapéutico es un acto donde los dos hacen, los dos juegan; el terapeuta debe saber jugar, de no saberlo, se llegará al fracaso terapéutico, por lo tanto es preciso asumir una posición adecuada ante este proceso de alianza terapéutica. Tal como lo planteado por Sáinz y Cabré (2012), quienes mencionan que la experiencia terapéutica es compartida, de mutualidad, donde el analista ofrece su capacidad para sostener y comprender al paciente; el paciente proyecta y transfiere sus experiencias emocionales y el terapeuta las recoge y devuelve. Tiene cabida la subjetividad del terapeuta, sin embargo, se mantiene la asimetría.

Es por ello, que el análisis psicoanalítico relacional para el paciente es necesario ser como el *oso de peluche* o *la manta* que ayuda a pasar de una etapa a otra; para Winnicott, es importante la existencia de una madre suficientemente buena. Con base en esto, un vínculo madre - bebé es fundamental en el desarrollo psíquico del niño, puesto que, el gesto que se le devuelve, el sostén o soporte proporcionado va conformando y estructurando su

personalidad (Betancourt, 2021). En tanto que los pacientes, anteriormente mencionados, requieren un tratamiento desde el acompañamiento debido a una falla básica en el interior del self (Balint, 1968 citado por Daurella, 2017) que se produzca en edades tempranas, se relaciona directamente con el fracaso por parte de la crianza dada por la madre, facilitando así un estado de dependencia absoluta (holding) en el individuo.

La dinámica psicoterapéutica entre paciente - terapeuta que, facilita el juego, se logra con desde una perspectiva psicoanalítica relacional e intersubjetiva. De manera que Winnicott; uno de los que se considera pionero, planteó un abordaje al paciente dándole importancia a la relación vincular y empática que da lugar a la regresión en un estado primitivo (Sáinz, 2017). Sin embargo, para lograrlo, según este enfoque, se debe dejar atrás el accionar ortodoxo y tradicional, dónde el terapeuta solo se limita a ver al paciente como una pantalla de proyecciones y basarse únicamente en interpretaciones subjetivas mediante el análisis (Sáinz, 2017). Así, Sloninsky (2015), expone que, ya no es necesario abordar o intervenir desde el *furor curandis* o *endureciendo la piel*; se puede contener, apoyar, acompañar, sostener, crear un ambiente facilitador y de soporte en el psicoanálisis.

No obstante, resulta importante resaltar la existencia de una diversidad de perspectivas psicoanalíticas que a lo largo del tiempo han aportado y ampliado el campo de la psicología con nuevos conocimientos para comprender la mente y el comportamiento humano; teniendo estas sus ventajas, limitaciones y funcionalidades, sin embargo, provenientes de la teoría psicoanalítica de Sigmund Freud, considerado el padre del psicoanálisis y por ende el precursor inicial de esta corriente psicológica.

El modelo freudiano, también conocido como tradicional, ha sido de los mayores éxitos en el mundo clínico, en donde el proceso psicoterapéutico empieza y termina en la interpretación; señalando uno de los elementos principales y de representación crucial dentro del abordaje terapéutico en la diversidad de casos presentados en el día a día. Bajo este enfoque psicoanalítico el mismo Freud (1911) la cura se encuentra en la interpretación y no va más allá de este aspecto, dándole menor importancia a los elementos de la alianza terapéutica.

Aun así, existen muchos autores dedicados a lo relacionado con lo planteado por el padre del psicoanálisis; por ello, es necesario preguntarse entonces, ¿Cómo es el abordaje terapéutico desde una perspectiva psicoanalítica funcional ante pacientes con falso self patológico? Es decir, es de gran interés profundizar acerca de estas dos perspectivas, de manera que sea posible representar un abordaje idóneo para estos casos. Es por ello, que este estudio pretende comprender el abordaje terapéutico desde una perspectiva psicoanalítica funcional ante pacientes con falso self patológico.

Para dar respuesta a la pregunta anteriormente planteada, se implementará una metodología de investigación cualitativa, destacando la teoría fundamentada como diseño correspondiente ante la exposición del planteamiento de investigación; lo que representa la relevancia principal de este estudio. Dicha investigación pretende profundizar, desarrollar y precisar la teoría psicoanalítica que representa en gran medida una perspectiva útil en presencia de esta problemática.

### **Materiales y métodos**

La investigación se fundamentó en el paradigma interpretativo, el cual se centra en un conjunto de principios del método científico que busca comprender la profundidad de la experiencia individual más allá de lo observable para entender la realidad. Este enfoque permite explorar aspectos subjetivos y complejos de un fenómeno, ofreciendo una perspectiva más amplia y profunda. Es decir, se consideró la perspectiva interpretativa como modo de concebir las realidades ligadas a estas experiencias subjetivas, a partir de las ideas y juicios válidos emitidos por parte de los autores. De esta forma, se logró obtener un conjunto coherente y sistemático de información en relación con las teorías; La metodología cualitativa fue utilizada como medio de desarrollo, facilitando la indagación a fondo de la situación en su forma natural, mediante cual se trató de dar sentido con ayuda del discurso de los participantes.

Se aplicó un enfoque de teoría fundamentada, aprovechando las contribuciones del fenómeno de investigación para abordar la problemática inicial, identificar relaciones existentes, categorías emergentes y desarrollar nuevas perspectivas teóricas específicas para el contexto en cuestión, desde la diversidad de informantes. Se utilizaron códigos in vivo para resaltar las inferencias aportadas por los mismos, otorgando una relevante significación a los criterios inherentes al objeto de investigación. Sin embargo, es importante señalar que este enfoque presentó limitaciones debido a la escasez de antecedentes y estudios científicos relacionados con la problemática específica. Destaca la relevancia asignada a la información sobre las experiencias personales de los profesionales involucrados en el fenómeno

La recolección de datos se llevó a cabo a través de un grupo focal conformado por seis (6) informantes, principalmente psicoanalistas relacionales y clásico/ortodoxos, quienes fueron seleccionados por conveniencia y por efecto bola de nieve, esto permitió conocer y proporcionar criterios teóricos acerca del proceso terapéutico desde las distintas perspectivas abordadas en los pacientes con falso self.

La información fue recolectada a través de una videoconferencia, cuya sesión fue grabada con previa autorización de los participantes como proceso de registro para realizar la transcripción de manera textual posteriormente. Ésta tuvo una duración de una hora y treinta minutos aproximadamente. Se contó con la presencia de las autoras del artículo con el papel de moderadores y los participantes expertos.

En este sentido, se utilizaron como preguntas generadoras: 1. ¿Cuál es el lugar del analista según su experiencia en el análisis? 2. ¿Qué elementos distinguen en su manera de trabajar en cuanto al encuadre? 3. ¿Qué opina usted de la neutralidad del encuadre? 4. ¿Cuál es el objetivo de la terapia psicoanalítica en pacientes narcisistas? 5. ¿Cómo trabaja el verdadero y falso self en una terapia? 6. ¿Cómo maneja la realidad externa de un paciente narcisista? 7. ¿Qué instrumentos/técnicas utiliza para fomentar el cambio ante estos pacientes? 8. ¿Qué entiende usted por transferencia ante estos pacientes? 9. ¿Qué limitaciones considera que tiene su enfoque? 10. ¿Cómo reconoce los fallos ante el paciente? 11. ¿Qué les hace pensar esta frase? Sáinz (2017) "Analista suficiente e insuficientemente bueno".

Se optó por utilizar la categorización mixta, combinando fundamentos teóricos y aspectos conceptuales emergentes del discurso de los informantes. El objetivo fue ampliar las categorías para dar respuesta a la investigación, considerando que estas constituyen la base central de la teoría ascendente. Esta base teórica se vio respaldada por el profundo conocimiento emergente del discurso de los participantes, y se trianguló con expertos psicoanalistas relacionales y clásicos expertos en la clínica, así como también expertos en metodología, quienes aportaron sus conocimientos para profundizar la información obtenida.

Como resultado, surgieron nuevos códigos teóricos que adquirieron una significación conceptual destacada a través de la clasificación, ordenación, comparación e integración de los criterios significativos propios de las diversas perspectivas psicoanalíticas. Se identificaron planteamientos precisos respaldados por la saturación de la información incipiente, generando conclusiones explicativas sobre el fenómeno de estudio.

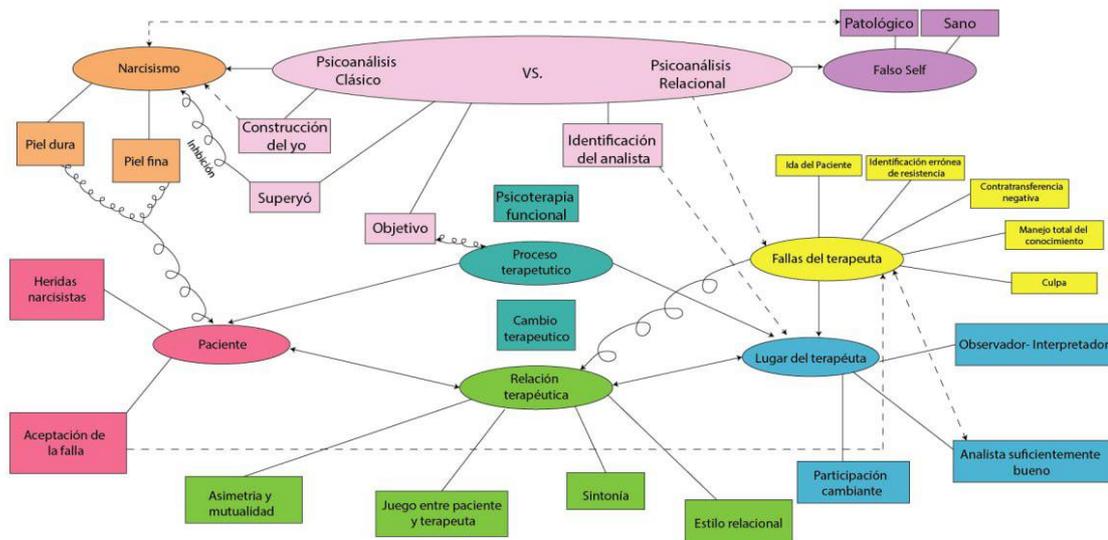
## Resultados y discusión

La investigación tuvo como propósito comprender el abordaje psicoterapéutico psicoanalítico funcional ante paciente con falso self patológico. Para responder a esto, el análisis de los datos proporcionados por el discurso de los expertos miembros del grupo focal

se efectuó a través de un proceso de categorización como se muestra en el gráfico (figura 1), mediante la cual surgieron las siguientes categorías:

**Figura 1**

**Abordaje terapéutico psicoanalítico funcional ante pacientes con falso self patológico**



**Categoría proceso terapéutico:** Esta categoría engloba los aspectos relacionados al encuadre terapéutico; proporcionar lineamientos, establecer tratamiento y un adecuado rapport con el fin de cambios positivos en el paciente. Se conformó de las siguientes subcategorías: psicoterapia funcional y cambio terapéutico.

*Subcategoría Psicoterapia funcional:* La terapia es comprendida como un espacio de soporte por medio de la relación terapeuta - paciente, el abordaje y la estrategia de intervención viene dada a partir del valor que se otorga el paciente a sí mismo; es decir, desde un punto de vista axiológico.

*"Si estás diciendo que es funcional estás definiendo que sea efectiva". (M: L105)\**

*"Donde el uso del narcisismo se usa para lo que es, para generar valor, por lo tanto, el abordaje en todos los casos en nuestra escuela se hace de forma axiológica; explico, axiología: ciencia que estudia los valores humanos, punto, dije todo" (M: L 366-369)\*.*

*Subcategoría Cambio terapéutico:* El cambio terapéutico se ve orientado a las transformaciones que se espera sean positivas por parte del paciente en ayuda del analista.

Dicho cambio es realizado de forma consciente, utilizando el conocimiento previo o, en algunas situaciones, desde el desconocimiento.

*"No siempre veo como otro conocimiento, a veces el cambio se produce... eh... muchas cosas se han producido desde el desconocimiento y no todas las que se producen desde el desconocimiento son malas, entonces, bueno, a veces se producen cambios que no se sabe ni cómo ni porqué, ese sería otro terreno de discusión que no... no... que no hablaremos mucho." (C: L 226-231)\**

**Categoría lugar del terapeuta:** Esta categoría refleja la perspectiva de los analistas con respecto a su posición en la clínica. En ella se contemplan las diferentes posturas que tienen ante el paciente, tomando en cuenta el diagnóstico y personalidad. Sin embargo, la característica inamovible del analista es involucrarse como miembro activo en el proceso analítico donde se cuestionará y reflexionará acerca de su propio trabajo. En esta categoría se contemplan las subcategorías observador-interpretador, analista suficientemente bueno y participación cambiante.

*Subcategoría Observador-Interpretador:* El terapeuta, desde el psicoanálisis relacional, es un observador interpretador, es decir, observa desde su posición de saber y con ello, interpreta la realidad del paciente. De igual manera, en la psicoterapia desde este enfoque, el analista y el analizante operan de manera intersubjetiva. Por tanto, el psicoterapeuta se ve inmerso en la relación analítica.

*"Pero, yo me sitúo en un lugar donde el otro es un ser humano que viene a... bueno, conocerse a sí mismo y lo... le voy a ayudar a conocerse y para eso voy... No voy a estar tanto en silencio, sino haciendo preguntar e ir mucho al detalle eh... Que escucho desde tener en cuenta mis propios prejuicios y mis propias...diríamos... eh... Como mi propia sensación de que no sé nada". (R, L: 189-193)\*.*

*"Es un observador participante como decía Sullivan no solamente es un observador que no es un espejo donde se refleja donde proyecta el paciente ¿no? Lo relacional... Somos participantes sentimos, y en ese sentir... Es lo que nos ayuda también a aclarar qué está pasando en la sesión y que está pasando con ese paciente" (R: L 611-615)\*.*

*Subcategoría Analista suficientemente bueno:* Analista que busca reconsiderar, a partir de la autorreflexión y autocrítica, su postura en cuanto al abordaje del proceso terapéutico. Tomando en cuenta las faltas e intervenciones que resultan cuestionables desde la posición del paciente, dando prioridad a ocupar el lugar que necesita el analizado.

*"Bueno, tomarnos en serio cuando el paciente... Eh... No está de acuerdo con... Con... Con la interpretación, con la observación, confrontación o decisión que aportamos". (C: L 571-572)\*.*

*"La contratransferencia es una autocrítica... y la autocrítica es la herramienta la única herramienta que tenemos en contra de nuestro propio narcisismo...". (M: L 622-624)\*.*

*"Ahí es cuando el paciente no se va... Porque si yo empiezo a pensar que es lo que no estoy haciendo y que es lo que me da vergüenza plantear que es lo que me da miedo plantear... Seguramente podré conseguir un poco más de intimidad..." (R: L 559-562)\*.*

*Subcategoría Participación cambiante:* Estos conciben que participación como psicoanalistas en la clínica variará en cuanto a la posición que ocupan; como lo es la de escucha, el acompañamiento y resonar (lo no patológico) en el que permite una adaptación que sirva como ajuste hacia la personalidad y diagnóstico global del paciente para saber dónde avanzar y dónde parar con el fin de promover el autoconocimiento del paciente.

*"Pero fuera de eso... eh... Los lugares cambian." (C: L 217-218)\*.*

*"No hay una sola posición, es decir, estamos para acompañar, escuchar, resonar, sentir con... en definitiva para servir de cierta forma de espejos, no fríos, sino espejos resonantes, esos que se conmueven con la escucha." (A: L 235-228)\*.*

*"Es un poco en ese lugar en el que yo me coloco, fuera de eso yo añadiría un poco también, tratando de ayudar a la persona en su camino" (C: L 223-224)\*.*

**Categoría relación terapéutica:** Esta es comprendida como un juego en la que cada miembro llega y trae consigo su propia historia e intersubjetividades que se verán reflejadas en el proceso analítico. Sin perder de vista que se trata de una relación profesional, se debe tener en cuenta la quiralidad entre saber y malestar. Por lo tanto, las diferentes formas de relacionarse brindarán al terapeuta la capacidad de conectar con el paciente. Esta categoría está compuesta por: asimetría y mutualidad, juego que se da entre paciente y terapeuta, estilo relacional y sintonía.

*Subcategoría Asimetría y mutualidad:* La psicoterapia llevada a cabo desde el psicoanálisis relacional se basa en experiencias mutuamente co-construidas entre paciente y terapeuta. Así mismo, la relación necesita ser concebida desde la asimetría, ya que el paciente proyecta y transfiere emociones, las cuales son recolectadas y devueltas por el terapeuta, destacando que como psicólogos son responsables de que las cosas que ocurran en ella no se salgan de control. En esta asimetría se precisa dar importancia a los sentimientos que el terapeuta está experimentando, desde los límites éticos.

*"Yo me sitúo en una relación que es asimétrica" (R: L 188)\*.*

*"Esa situación de... de... de... asimetría, algunos de alguna manera somos responsables de que la cosa... No sé... No se descabale, que no llegue a extremos inadecuados" (C: L 215-217)\*.*

*"Mientras que desde lo relacional sí que es verdad que la contratransferencia se le da mucha importancia porque eh... Estamos hablando de sentimientos de lo que siente el terapeuta" (R: 608-610)\*.*

*Juego entre paciente - terapeuta:* En el proceso analítico, según los terapeutas, se señala a la psicoterapia como un juego en el que cada uno trae su propia subjetividad en la que se verán inmersos. En este juego planteado por ambos, se evidencian las nociones de transferencia, contratransferencia; dónde el psicoterapeuta se colocará en el puesto que el paciente necesita y este le da. Así como también, creatividad para fomentar la apertura a la nueva experiencia relacional.

*"Yo entiendo que la terapia analítica se puede eh... ver... Observar como un juego de qué se plantea entre paciente y terapeuta... En el que básicamente lo que lleva la voz cantante es el o la paciente el que trae su propio juego de casa y entramos en relación" (C: L 209-212)\*.*

*"Psicoanálisis relacional nos intenta colocar en la búsqueda del lugar que necesita el paciente intentamos colocarlos en ese lugar que el paciente... Bueno, vamos viendo lo que el paciente necesita" (Jamaica: L 201-203)\*.*

*"Aportar el vínculo terapéutico a la hora de estimular formas de autorreconocimiento que incluyan creatividad, que incluya juego, que incluyan aperturas a la experiencia". (A: L 414-416)\*.*

*Subcategoría Estilo relacional:* Los psicoanalistas conciben al estilo relacional como aquellas diferentes maneras de conectar con el paciente, tomando en consideración los principios éticos, conocidos en el estudio profesional. Así mismo, estas relaciones variarán de acuerdo a sus malestares y diferencias individuales que presenta el paciente.

*"De cada una de esas eh... eh... Formas... Estilos de relación que recojo yo en un vídeo de la personalidad... eh... Hay variantes infinitas de cada diagnóstico" (C: L 220-222)\*.*

*"Otra cosa es que como personas que desempeñamos una función y tenemos una ética y eso nos lleve a regular la manera en que nos relacionamos con las personas que sufren" (A: L 503-550)\*.*

*Subcategoría Sintonía:* Capacidad del terapeuta de comprender lo ajeno, lo que favorece la relación terapéutica, permitiendo conectar de forma auténtica con el paciente. En la que este último podrá recibir información para desarrollar capacidades de

autoconocimiento, por lo tanto, de ésta dependerá si se experimentan encuentros o desencuentros.

*"Dado que no es... Eh... No... Probablemente estamos fallando constantemente ¿no? Eh.. ¿Qué necesita este? Y que esto nos sirve un poco porque o sea... A veces... Para ver si hay encuentros, si hay desencuentros, tenemos una sintonía con el paciente, no estamos en sintonía con paciente" (J: L 585-587)\*.*

*"Nosotros como terapeutas pues a veces no, no, no nos conectamos con el paciente no sintonizamos no, no le... No le leemos bien, no le entendemos bien... ¿no? Hay... hay encuentros y desencuentros" (C: L 679-681)\*.*

**Categoría Falso Self:** La categoría de falso self es definida como aquella cobertura o máscara para enfrentarse al mundo con el fin de adaptarse a la psicopatología, en donde tiene inadecuada integración con el verdadero self. Así como también, la salud y normalidad, en la cual cumple su función de protección del verdadero self. Se tomó en cuenta las subcategorías de patológico y sano.

*Subcategoría Patológico:* Se entiende como aquella cobertura del self en expresión patológica, gracias a una ausencia en la integración y conexión con la configuración encubierta; siendo esta el verdadero self.

*"Con el concepto de falso self porque uh... eh... que se despliegue o.. o.. o.. se fusione desde el falso self es per sé patológico" (A: L 239-240)\*.*

*"El falso self es cuando nos abastamos de alguna manera, de una forma patológica con el falso self". (Jamaica: L 344-345)\*.*

*"No, no... consigo conectar con él, seguramente tengo un falso self que está ocultando una serie... eh, está ocultando una patología, y, si realmente tengo una patología, es decir, tengo un narcisista patológico" (R: L 312-314)\*.*

*Subcategoría Sano:* Self adaptativo que no refiere una conformación patológica, de allí que cumple con la interacción e integración con las emociones esenciales de sí mismo (verdadero self). Implica una forma de abastecer y satisfacer el yo como una superficie o soporte para relacionarse.

*"Falso self de que no implica patología y a mí me interesa, en mi opinión en mi experiencia, todo el mundo cuando va a terapia lo que presenta primero es su falso self" (R: L 303-305)\*.*

*"No es lo mismo tener un falso self adaptativo que un falso self que tiene que ver más con narcisismo patológico" (R: L 309-310)\*.*

*"Hay un yo que no se está abastando, digamos que tiene que encajar con la integración y la conexión con sus emociones" (Jamaica: L 346-2347)\*.*

*"Que tire la primera piedra el que no use el falso self" (A: L 250)\*.*

**Categoría Narcisismo:** La configuración de los pacientes narcisistas se caracteriza por un centramiento de ellos mismos e incapacidad de percibir al otro, el tipo dependerá de la información que hay detrás de los discursos. Aunado a esto, surge gracias a la inhibición de una tercera estructura. Las subcategorías obtenidas por el discurso de la categoría narcisismo son: piel dura y piel fina.

*Subcategoría Piel dura:* Estructura de la personalidad narcisista adoptada la una rigidez, caracterizada por la omnipotencia e incapacidad de ver al otro, que representa una cubierta total del self, en búsqueda de una protección de las emociones y mundo afectivo del paciente, reflejándose comúnmente en objetivos terapéuticos inusuales por parte de éste.

*"El narcisista de piel dura está dentro del grupo de los no pacientes de esa omnipotencia el paciente no acude a terapia, o a análisis y se acude es desde un lugar bastante peculiar, tiene un objetivo que no encaja con los objetivos habituales de lo que se trabaja en terapia" (C: L 401-405)\*.*

*"Prestigio de autoimagen, yo he oído decir: "no, yo voy a análisis para aumentar mi autoconocimiento"; cuando un paciente dice eso o está mintiendo, o se está mintiendo"(C: L 406-408)\*.*

*"Una dificultad para percibir al otro, con la diferencia de que el narcisista de piel dura ese autocentramiento es glorioso desde la omnipotencia, si queremos decir esquizoide..." (C: L 394-396)\*.*

*Subcategoría Piel fina:* Los pacientes con narcisismo de piel fina son aquellos que asisten a consulta debido a que tienen algo que resolver. Viven en constante angustia, gracias a la hipersensibilidad e hipervigilancia, experimentadas con respecto a su entorno, surge a causa de vivencias y errores pasados que se evidencian en el análisis.

*"Si vas a terapia es porque te encuentras mal, porque tienes algo que resolver" (C: L 408-409)\*.*

*"Mientras que el de piel fina tiene una permanente angustia sobre qué es lo que pasará y una actitud de hipervigilancia del entorno pero por el temor a los daños recibidos por los propios errores, ese sería un poco mi resumen" (C: L 396-399)\*.*

*"Si hay una neurosis obsesiva, eh... eso requiere un cierto tiempo de escucha, qué hay detrás de ese narcisismo" (Japón: L 339-340)\*.*

**Categoría Fallas del terapeuta:** Las fallas del terapeuta alude que los desaciertos presentados en la situación analítica; en ella se da la identificación errónea de las proyecciones del paciente, atribución de responsabilidades negativas, exteriorización de pensamientos y emociones hacia él mismo, lo que puede acelerar un retiro inadvertido por

parte del analizado. Con ayuda a lo obtenido a través del discurso, surgieron las subcategorías de *Ida del paciente*, identificación errónea de resistencia, manejo total de la información y culpa.

*Subcategoría Ida del paciente:* Los psicoanalistas entrevistados consideran esta falla como el retiro no anticipado del paciente, por lo que, lo somete a momentos auto-reflexivos y de autoevaluación para un mejoramiento en su labor.

*"O sea cuando se va el paciente muchas veces te pones a pensar ¿por qué se fue?"(R: L 551-552)\*.*

*Subcategoría Identificación errónea de resistencia:* Señala a los desaciertos dados en medio de la situación analítica por parte del terapeuta, en el momento en que éste identifica automáticamente como resistencia a los desencuentros proyectos por el paciente en la relación terapéutica; asumiendo así que siempre que el analizado adopta un punto de vista distinto al del terapeuta, hay por ende una intención inconsciente de bloquear y evitar el afrontamiento de sus emociones reales.

*"La idea: no solo yo sino más gente, de que durante mucho tiempo los Psicoanalistas... Parar casi de forma automática... si el paciente no está de acuerdo se está resistiendo, siempre que... Que no había un acuerdo ehh... Por parte del paciente hay una resistencia. Yo diría... Se ha vuelto el indicador de que algo no está bien... De que hemos cometido algún error por nuestra parte en esta situación analítica"(C: L 572-578)\*.*

*Subcategoría Contratrtransferencia negativa:* Implica el reflejo de sentimientos y pensamientos por el lado del terapeuta, que influyen y se manifiestan en la terapia bajo aspectos como el aburrimiento, falta de compasión y conexión, falta de sintonía y distancia con el paciente durante su proceso terapéutico.

*"Si a mí el paciente me aburre, me crea una falsa compasión"(R: L 312)\*.*

*"Seguramente estoy buscando tanta distancia con el paciente por mil motivos... Que hasta que no lo descubra no... No voy a... El paciente evidentemente puede marcharse por... Porque no estoy haciendo nada" (R: L 562-565)\*.*

*"Estamos como un poco detrás de intentar conocerlo y de intentar entender qué necesita" (R: L 589-590)\*.*

*Subcategoría Manejo total de la información:* Se entiende como el conocimiento que ha de sobrevenir del discurso del paciente y de las demandas que atribuye al analista en el proceso terapéutico. Aquí el terapeuta asume un lugar y posición de un dominio total del saber, proporcionando respuestas exactas hacia la situación del paciente. Aspectos que en ocasiones pueden producir un estancamiento en la terapia.

*"Lacan lo llamaría ese lugar triple S, sujeto supuesto saber, porque el paciente viene a tu consulta suponiendo que tú sabes algo que él no sabe, entonces ver que hago yo con eso es TRIPLE S, el sujeto viene y voy a ver que me pide, que está pidiendo, que está demandando, y si lo queremos profundizar un poco más, yo debo ser el lugar" (M: L 255-258)\*.*

*"Impulso por dar una respuesta exacta siempre y correcta y que a veces bueno puede llevar a la... a la paralización... Y bueno... Conviene... conviene arriesgarse..." (C: L 689-691)\*.*

*"Que viene y supone a uno tiene que suponer que el saber lo va a decir el discurso". (Japón: L 333)\*.*

**Subcategoría Impresión:** Son todas aquellas percepciones negativas asumidas por el analizado, de acuerdo a las proyecciones dadas en el proceso terapéutico, estas están representadas en desacuerdos y discrepancias con respecto a la relación terapeuta - paciente.

*"A veces el paciente no está de acuerdo y lleva razón... " (C: L 569)\*.*

**Subcategoría Culpa:** Al fallar, el terapeuta le puede adjudicar la responsabilidad al mismo paciente, ya sea por su ida o por su inconformidad sobre la interpretación que este le da a la situación analítica. Sin embargo, no solo atribuye el error al analizante, sino que también se considera como el causante de la equivocación. Por lo tanto, le genera un gran malestar produciendo sentimientos de inseguridad acerca del proceso analítico que ellos ofrecen.

*"No solamente le echo la culpa al paciente" (R: L 557)\*.*

*"Yo tengo la impresión de que esta sesión deja un sedimento ¿no?... Mmm... Y a veces ese sedimento.. Le deja a uno algún... No sé... O un... Malestar, alguna acción de que algo no está funcionando" (Japón: L 594-597)\*.*

**Categoría Pacientes:** La posición del paciente engloba tanto a la configuración de las estructuras asumidas por él mismo en el proceso terapéutico, como a la forma de percibir el abordaje del terapeuta. El analizado comprende las posibles fallas del terapeuta que este pueda cometer respetando los límites éticos. Las subcategorías surgidas de esta categoría son: Heridas narcisistas y aceptación de la falla.

**Subcategoría Heridas narcisistas:** Son caracterizadas por todos esos intentos de confrontación e inhibición de las resistencias ante la exteriorización de la vulnerabilidad del paciente; éstas no debilitan las defensas narcisistas, sino que las fortalecen ante este los riesgos de susceptibilidad, dando lugar a una nueva herida narcisista originada con las emociones genuinas del analizado.

*"Procuraré, para empezar, tengo un elemento que es no crear más heridas narcisistas, porque viene con las defensas muy bien puestas y no me voy a levantar a confrontar las defensas..." (R: L 315-317)\*.*

*"No se trata de patearle el narcisismo a nadie, incluso no lo debilita, al contrario..." (Japón: L 335)\*.*

*Subcategoría Aceptación de la falla:* Indica la responsabilidad del terapeuta de reconocer y asumir la existencia de posibles desaciertos como parte de su proceso y desarrollo profesional, aspecto que el paciente en ocasiones puede identificar y comprender al no tratarse de fallas excesivas y sistemáticas en la terapia analítica.

*"Que al final bueno pues... Posee la madre y... Para ser es... Eh... Eh... Una madre eh.. Buena suficientemente buena o sea a veces falla" (Jamaica: L 673-674)\*.*

*"El Paciente admite que nos equivoquemos siempre y cuando dentro de unos límites.. Siempre y cuando no sea excesivamente sistemático... A... Sea sistemático el error yo diría siempre y cuando no nos enganchemos al error y no queramos bajar de él..." (C: L 694-697)\*.*

*"Los errores de buena fe los pacientes los perdonan" (Japón: L 707-708)\*.*

**Categoría Psicoanálisis ortodoxo vs. Psicoanálisis relacional:** Las diferencias dadas entre el enfoque psicoanalítico ortodoxo y el enfoque psicoanalítico relacional, comprenden una diversidad de perspectivas que incluyen distintos objetivos terapéuticos y formas de concebir la esencia de la personalidad; además de estructuras psíquicas e identificación del analista en base a su manera de ser y actuar adoptadas a partir de cada perspectiva. Esta categoría se compone por: construcción del yo, identidad del analista, superyó, y objetivo.

*Subcategoría Construcción del yo:* Alusión a la concepción de una imagen que se va creando y representando desde la vida infantil, a partir del valor que se da el individuo a sí mismo, es decir, aspecto narcisista; esto toma una forma completa en la vida adulta, asumiendo una identidad que es validada o confirmada con respecto a las representaciones simbólicas del pasado.

*"El narcisismo es como decir que todos tenemos un yo, es efectivamente hay algo de la imagen especular". (Japón: L 396- 397)\*.*

*"Cuando en relación al otro de una forma especular, yo soy un poco esa imagen que eh...eh...que estoy viendo en el espejo, y a partir de ahí quedó dividido para siempre, ¿no? ese niño que se enfrenta al espejo y cuando se ve se... se alegra o tiene euforia o se queda rígido y normalmente es un adulto que ratifica, que reconoce... digamos ese niño que se percibe a sí mismo como un cuerpo fragmentado, de repente tiene una imagen de sí mismo que es una imagen*

*completa, eso es digamos de una manera moderna, se constituye ahí ese SOY YO, ese... eh... Yo me miro en la foto y digo ese soy yo". (Japón: L 460-462)\*.*

*Subcategoría Identidad del analista ortodoxo:* La identidad del analista apunta a los rasgos de personalidad, autoconcepto, características adquiridas de su profesionalidad, atribuciones, posiciones y perspectivas adoptadas desde un recorrido basado en su experiencia profesional; los cuales van formando y moldeando su esencia e identidad como analista.

*"Yo soy narcisista y, mira, ser psicoanalista y ser narcisista, ¡te lo digo! (hace una pausa) es sinónimo (silencio)" (M: L 452-453)\*.*

*"Nadie es más narcisista que yo, claro que no, ninguno". (M: L 458)\*.*

*"Los psicoanalistas que quedamos vivos todavía... Seres en extinción ok." (M: L 47-48)\*.*

*Subcategoría Superyó:* Se conoce como la tercera estructura del aparato psíquico que se encarga de modular y equilibrar las cualidades de valor asumidas por el narcisismo, de manera que busca articular de forma adaptativa el falso self, evitando la disgregación total de estas estructuras (narcisismo patológico).

*"El problema es cuando no hay más nada que narcisismo, cuando no hay una intervención de una estructura tercera, simbólica que articule el narcisismo! (Japón: L 478-479)\*.*

*"Postura tercera no interviene estamos hablando de psicosis" (Japón: L 484).*

*Subcategoría Objetivo:* El objetivo en cuanto al abordaje de estos pacientes, está orientado a la dislocación de la estructura narcisista rígida, estimulando el interés en conectar con la esencia del verdadero self, donde el paciente no se sienta ajeno a confrontar su propia fragilidad y angustia protegidas.

*"Digamos que tiene que encajar con la integración y la conexión con sus emociones, hay que trabajar todo esto para que pueda ser él y conectar consigo mismo, con sus afectos, con sus emociones". (Jamaica: 346-348)\*.*

*"El objetivo de la terapia, sería que el narcisista patológico que estamos de narcisismo en ese sentido, aunque sea de piel dura o fina, que no se asuste de su propia fragilidad, que deje que salga de esa rigidez ¿no? de esa rigidez que no te deja conectar con él, con esa persona ¿no?" (R: L 382-385)\*.*

*"Si no es un psicótico que se angustie" (Japón: L 389-390)\*.*

Al abordar el enfoque terapéutico psicoanalítico funcional con pacientes que presentan un falso self, es crucial comenzar por comprender el concepto del self. Desde la perspectiva psicoanalítica relacional, el self se concibe como una cualidad que representa la

identidad misma, formada por la interacción entre el verdadero y el falso self. En contraste, la perspectiva psicoanalítica clásica describe el self como una construcción del yo que se desarrolla y se internaliza durante los primeros años de vida. Aquí, el individuo va moldeando su imagen y autoconcepto a partir de sus experiencias, lo que influye en el valor que se otorga a sí mismo en la vida adulta, en función de sus vivencias subjetivas validadas.

Seguidamente, en cuanto al abordaje terapéutico, el enfoque relacional busca mantener la conexión de las estructuras del self, con el objetivo de impedir la disgregación y desarrollo patológico de estas configuraciones. Mientras que, el psicoanálisis clásico, se centra en identificar e interpretar el malestar del analizado, y en caso de la existencia de una patología, lograr la angustia del paciente como medida de gestionar sus represiones y resistencias para lograr la catarsis.

En tercer lugar, la concepción que crea el analista en estas dos perspectivas es sumamente diversa; en el psicoanálisis relacional el terapeuta adopta características propias de su ideología, en la que se engloban aspectos empáticos, de soporte, acompañamiento, sencillez y humildad. En el psicoanálisis clásico, no se niega la existencia de estas cualidades en sus propios analistas; no obstante, en ellos prevalece la identificación como terapeutas de alto valor narcisista, lo que se pudo rescatar en relación a lo expuesto por los expertos clásicos en el método de recolección de información del grupo focal.

Para responder a la pregunta de investigación ¿Cómo es el abordaje terapéutico desde una perspectiva psicoanalítica funcional? Es conveniente tomar en cuenta el hecho de que el enfoque de psicoanálisis relacional permite una perspectiva más humana acerca de lo que le ocurre al paciente; el analista considerará los aspectos de angustia de la infancia que sirva para ocupar el rol que el narcisista, en este caso, necesita; quedando inmersos contenidos transferenciales y subjetivos entre terapeuta-paciente. Por ello, el lugar es cambiante lo que facilitará el afrontamiento de sus vivencias vulnerables y, posteriormente, fomentar una experiencia relacional más sana que conceda la cura del paciente, permitiendo relaciones interpersonales adecuadas; destacando que lo que caracteriza a este tipo de pacientes es la falta de reconocimiento y estilos de vinculación segura; (Sainz, 2012) "parecido a lo que pasó en su infancia, con la diferencia de que ahora se puede sentir, vivenciar y pensar de nuevo"(p. 576).

Aunado a esto, ofrece la experiencia terapéutica de soporte y la idea de que el terapeuta valide las emociones más allá de asignar una etiqueta exacta de lo que le ocurre al paciente. Por tanto, el analista estará implicado en el proceso analítico como un medio que el paciente utilizará para recorrer sus experiencias subjetivas, en función de su tiempo. Sin dejar de percibir al analista como un sujeto real.

Al entender lo antes mencionado, se comprende que éste posee la capacidad de fallar. En este sentido, Sáinz (2012) plantea que “en la transferencia, el paciente debe poder encontrar las fallas ambientales en el propio analista y éste debe reconocérselas” (p. 5) en el momento en el que identifica erróneamente el contenido transferencial del paciente; influye directamente en una contratransferencia que puede llegar a ser negativa, relacionándose así a una impresión desfavorable desde el analizado, el cual no siempre es el responsable de los desencuentros dados en la relación terapéutica. Sin embargo, el paciente además de identificar las fallas del analista es capaz de comprender y proyectarse en ellas como herramienta para debilitar su rigidez en el proceso terapéutico.

Ésta, se ve construida por la configuración de una estructura patológica narcisista (Falso self patológico) que impide la capacidad de aceptar su vulnerabilidad. Los intentos de inhibir esta rigidez pueden representar un arma de doble filo, ya que, si el endurecimiento no se debilita, se generan mayores heridas narcisistas, que terminan en una postura de mayor omnipotencia ante el mundo. No obstante, no todos los pacientes detienen el proceso del analista hacia el intento de atravesar su piel, siendo flexibles ante el acceso de su patología y que éste pueda conectar con sus emociones auténticas (verdadero self).

Se puede señalar que el trabajo terapéutico irá, de igual manera, en función del valor que el paciente se dé a sí mismo, facilitando así que el cambio sea desde el conocimiento (teniendo en cuenta todas las teorías) o desde el desconocimiento (en el cual no se sabe ni cómo ni por qué se produjo). Con ello, no se quiere decir que el psicoterapeuta es un sujeto pasivo de la relación terapéutica, sino que en el momento puede trabajar diversos aspectos en los que no se sabe cuál de ellos está produciendo ese cambio. Así Sáinz (2017), establece que “para Winnicott, el elemento fundamental es la relación misma entre paciente y terapeuta, dos sujetos que, estableciendo un vínculo confiable, investigan juntos sobre las vivencias del paciente, incluidas las que derivan de la relación entre ambos” (p. 166).

Se concluye que, en el abordaje terapéutico, el terapeuta adopta una postura de observación, interpretación y participación en el análisis de manera asimétrica en la relación terapéutica, evitando ser directivo. En esta situación, el terapeuta tiene una ventaja: el conocimiento. Por lo tanto, su función es participar en el proceso analítico sin sobrepasar los límites éticos, entendiendo la relación como mutua sin dejar de lado la asimétrica.

## Conclusiones

Conforme a lo encontrado a través del grupo focal, se pudo comprender el abordaje terapéutico psicoanalítico funcional ante pacientes con falso self patológico, destacando el

psicoanálisis relacional en este planteamiento; conformado por características que funcionan y se adaptan a las necesidades y dificultades que presentan los no pacientes (narcisistas) ya que, en su incapacidad de reconocer al resto, a partir de las estrategias terapéuticas relacionales sanas se les permite lograr una integración con su esencia y autenticidad, inhibiendo sus representación estructural patológica.

El objetivo de esta investigación ha sido comprender los abordajes terapéuticos desde la corriente psicoanalítica, lo que nos ha permitido llegar a la conclusión previamente establecida. A lo largo de este estudio, hemos valorado el surgimiento de juicios teóricos mediados a través del análisis e integración de los aportes dados por los mencionados abordajes. Es importante señalar que, debido a la escasez de psicoanalistas relacionales en Venezuela, se requirió recurrir a expertos extranjeros para llevar a cabo esta investigación. Este hallazgo resalta la necesidad de fomentar el desarrollo y la formación de psicoanalistas locales en el país venezolano.

En base a los planteamientos previos y además, en relación al discurso de los expertos clásicos del psicoanálisis; considerándose como analistas en riesgo de extinción, surge la interrogante ¿es posible considerar la existencia de un apego consciente hacia una postura con cierta tendencia a la inflexibilidad de parte de estos analistas? Resulta de interés y futuro provecho la implementación de próximas investigaciones que promuevan un acercamiento más amplio acerca de esta formulación, de manera que se pueda dar respuesta a la incógnita establecida.

## REFERENCIAS

- Bentacourt, C. (2021). *Un abordaje acerca de la noción falso self y sobre adaptación, a través de un caso clínico*. (Trabajo de pregrado, Universidad de la República de Uruguay). Montevideo, Uruguay.  
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/30223>.
- Benavides, M. y Gómez, G. (2005). *Métodos en investigación cualitativa: triangulación*. rev.colomb.psiquiatr, vol.34 (1) 0034-7450. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502005000100008#:~:text=Denzin%20\(5\)%20describe%20cuatro%20tipos,cuales%20se%20describen%20a%20continuaci%C3%B3n.&text=Al%20utilizar%20en%20la%20triangulaci%C3%B3n,a%20trav%C3%A9s%20de%20diversos%20acercamientos](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000100008#:~:text=Denzin%20(5)%20describe%20cuatro%20tipos,cuales%20se%20describen%20a%20continuaci%C3%B3n.&text=Al%20utilizar%20en%20la%20triangulaci%C3%B3n,a%20trav%C3%A9s%20de%20diversos%20acercamientos).
- Burgos, T y Cabezas, K. (2020). *Análisis de la importancia del empoderamiento en la enfermedad en pacientes psiquiátricos institucionalizados, mediante la aplicación de la función del terapeuta lo suficientemente bueno*. (Trabajo de pregrado, Universidad Politécnica de Salesiana Sede Quito). Quito, Ecuador.  
<https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/19391/1/UPS-TTQ156.pdf>
- Cueli, J., Reidl, L., Martí, C., Lartigue, T. y Michaca, P. (1997). *Teorías de la personalidad*. (3aed.). Trillas.

- Daurella, N. (2017). *Fallas básicas y relación terapéutica: La aportación de Michael Balint a la concepción relacional del psicoanálisis*. <https://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2017/05/NERI-DAURELLA.Falla-basica-y-relacion-terapeutica-pdf.pdf>
- Freud, S. (1911-1913). *Tomo XII, Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente (Schreber)*. Trabajo sobre técnicas psicoanalíticas y otras obras. Editorial Amorrortu, Buenos Aires, Argentina. <http://bibliopsi.org/docs/freud/12%20-%20Tomo%20XII.pdf>
- Mateus, Y. (2020). *Personalidad narcisista, falso self y delincuencia en la psicoterapia de un paciente privado de libertad*. (Trabajo de maestría, Fundación Universidad del Norte). Barranquilla, Colombia. <https://manglar.uninorte.edu.co/handle/10584/9482>
- Sáinz, F y Cabré, V. (2012). *La experiencia terapéutica con un analista suficiente e insuficientemente bueno. Una contribución de Winnicott al Psicoanálisis Relacional*. Clínica e Investigación Relacional-Revista electrónica de Psicoterapia, Vol.6 (3) 570-586. <https://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTA-On-line/CeIR-Buscador-Valore-y-comente-los-trabajos-publicados/ID/331/Experiencia-terapeutica-con-un-analista-suficiente-e-insuficientemente-bueno-Contribucion-de-Winnicott-al-Psicoanalisis-Relacional-Francesc-S-Bermejo-y-Victor-C-Segarra>
- Sáinz, F. (2017). *Winnicott y la perspectiva relacional del psicoanálisis*. Herder Editorial. <https://www.herdereditorial.com/winnicott-y-la-perspectiva-relacional-en-el-psicoanalisis>
- Winnicott, D. (1971). *Realidad y Juego*. Editorial Gedisa. Barcelona 2013. <http://imago.yolasite.com/resources/WINNICOTT,%20Realidad%20y%20juego.pdf>

Original recibido con fecha: 29/4/24

Revisado: 14/5/2024

Aceptado: 14/5/2024