



UADY

FACULTAD DE
PSICOLOGÍA

**DEPRESIÓN ASOCIADA A DIFICULTADES DE
VINCULACIÓN CON LAS FIGURAS PARENTALES:
ESTUDIO DE CASO CON ENFOQUE PSICOANALÍTICO**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGIA APLICADA EN EL ÁREA DE
CLÍNICA PARA ADULTOS**

**PRESENTA
LIC. EN PSIC. LOURDES PAULINA UC MARTÍN**

**ASESORA
DRA. MARÍA ROSADO Y ROSADO**

**MÉRIDA, YUCATÁN, MÉXICO
SEPTIEMBRE, 2016**

Agradezco el apoyo brindado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por haberme otorgado la beca No.338568 durante el periodo agosto 2014-julio 2016 para la realización de mis estudios de maestría que concluyen con esta tesis, como producto final de la Maestría en Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Yucatán.

Declaro que esta investigación es de mi propia autoría, a excepción de las citas de los autores mencionadas a lo largo de ella. Así también declaro que este trabajo no ha sido presentado previamente para la obtención de ningún título profesional o equivalente.

Agradecimientos

A mis padres, Lourdes y Rómulo, a quienes también les dedico esta tesis. Gracias por acompañarme en cada paso de mi vida, por su guía y sus consejos, por ser siempre mi lugar seguro y darme fuerzas cuando lo he necesitado, por recordarme que puedo cumplir todo lo que me proponga y por tener confianza en mí incluso cuando la he perdido. Por el amor incondicional y la paciencia que me tienen, por ser los mejores modelos a seguir y enseñarme como ser una mejor persona cada día. Todo lo que soy es gracias a ustedes y todo lo que logro es por y para ustedes.

A mi hermano, Rómulo, por siempre ser un ejemplo para mí, por tu compañía, tus cuidados y protección. Gracias por todas esas risas, bromas y corajes que hemos pasado juntos, por verme crecer y enseñarme tantas cosas de la vida, por tolerarme y aceptarme aunque no siempre me entiendas, por esas pláticas y abrazos cuando más lo he necesitado.

A mi abuelita, Zoila, por todas esas largas pláticas que acompañaron muchos de mis momentos de estudio y de hacer tareas. Por hacerme reír con sus ocurrencias, por estar al pendiente de mí y darme todos esos abrazos llenos de orgullo y amor, por recordarme cada día lo importante que es el esfuerzo, la humildad y la nobleza.

A mi directora de tesis, la Dra. María Rosado y Rosado, por su guía, apoyo y consejos en todo este proceso, por ayudarme en los momentos de estrés y por estar presente y alentarme en cada foro. Gracias por hacer que en cada clase me apasione más el psicoanálisis. Sin duda sus enseñanzas son el regalo más significativo que me llevo de esta maestría.

A la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Yucatán por haber sido mi segundo hogar durante la licenciatura y la maestría, así como a todos mis maestros, quienes aportaron tanto a mi aprendizaje como a mi desempeño profesional.

Contenido

Resumen	8
1. Introducción.....	9
1.1. Planteamiento del problema	12
1.2. Justificación.....	15
2. Antecedentes.....	17
2.1. Depresión	17
2.1.1. Padres deprimidos.	25
2.2. Vínculo y depresión.....	26
2.3. Etapas del desarrollo psicosexual.....	36
2.4. Desarrollo en la juventud	38
3. Metodología.....	40
3.1. Motivo de consulta.....	40
3.1.1. Motivo de consulta manifiesto.	40
3.1.2. Motivo de consulta latente.	40
3.2. Datos generales.....	40
3.3. Hipótesis de trabajo como terapeuta.....	41
3.4. Objetivo general	41
3.4.1. Objetivos específicos.	42
3.5. Definición de términos.....	42
3.6. Instrumentos	43
3.7. Conceptualización del caso	44
3.8. Técnicas psicoterapéuticas	45

3.9. Evaluación del proceso	47
3.10. Diseño de intervención	48
3.10.1. Objetivo general de intervención.....	48
3.10.2. Objetivos específicos de intervención.	48
3.10.3. Fases de intervención.....	48
3.10.4. Diseño de psicoterapia.	49
4. Resultados	52
4.1. Historia clínica psicológica	52
4.2. Sesiones psicoterapéuticas	60
5. Discusión de resultados y conclusiones	87
5.1. Alcances y limitaciones	94
5.1.1. Alcances.	94
5.1.2. Limitaciones.	95
5.2. Sugerencias.....	96
6. Referencias	97
7. Anexos	103
7.1. Anexo 1	104
7.1.1. Historia de la Lámina 2 (muchacha de campo) del T.A.T.....	104
7.2. Anexo 2	104
7.2.1. Historias de las láminas 4, 6 NM, 9 VH y 10 del T. A. T.....	104
7.3. Anexo 3	106
7.3.1. Historias de las láminas 1 y 2 del T. A. T.....	106

Resumen

La escuela psicoanalítica propone que el individuo deprimido se encuentra inmerso en sentimientos de culpa y de baja autoestima, el sujeto interioriza la pérdida de un objeto como rechazo de sí mismo (American Psychiatric Association, 2000). Freud la explica con la pérdida del objeto amado. Los teóricos del vínculo como John Bowlby, Melanie Klein y Margaret Mahler la relacionan con las experiencias vividas durante la niñez y el estilo de vinculación con las figuras objetales; de modo que de haberse percibido rechazo o castigo, las personas pueden deprimirse y sentirse no sólo tristes y solas, sino también no queridas (Bowlby, 1997). La depresión también puede ser endógena y puede estar relacionada con la química cerebral; no obstante este trabajo hace referencia a la depresión de origen psicológico.

Al ser un grave problema de salud pública en México y particularmente del estado de Yucatán debido al gran número de personas que la padecen, se presenta en esta investigación un estudio de caso con el objetivo de implementar una intervención psicoterapéutica con un enfoque psicoanalítico para disminuir los rasgos depresivos de la joven universitaria, asociados a las dificultades de vinculación con las figuras parentales y al ambiente emocional de su casa que describe como desesperanzador. Se incluyen tanto instrumentos (historia clínica psicológica, Test de Apercepción Temática y sesiones psicoterapéuticas) como técnicas psicoterapéuticas (observación clínica, entrevista psicoterapéutica y técnicas específicas del modelo psicoanalítico). La intervención psicoterapéutica tuvo una duración de 48 sesiones en las que se hizo evidente como los rasgos depresivos remitieron al haber mejorado la vinculación de la joven con sus figuras objetales, en especial con su madre, logrando a la vez movilizar el Yo hacia la consecución del ideal, evitando así la compulsión a la repetición, independencia y se fortaleció su autoestima y su motivación de logro.

1. Introducción

A pesar de los avances innegables en el conocimiento de las dimensiones, etiología y alternativas de atención, los trastornos depresivos continúan siendo un problema grave de salud pública en todo el mundo, así como en México debido a que es uno de los principales motivos que llevan a las personas a consulta tanto en instituciones públicas como privadas (Wagner, González-Forteza, Sánchez-García, García Peña y Gallo, 2012).

La depresión y el duelo en las personas adultas están estrechamente relacionados con la posición depresiva infantil, pues en un duelo la tristeza por la pérdida real reactiva a un nivel inconsciente el temor por la pérdida de objetos buenos interiorizados, manifestándose ansiedad, culpa, sentimiento de pérdida. Por lo que el conflicto de la persona depresiva tiene sus raíces en la etapa oral (González Núñez, 2013).

Los teóricos del vínculo como John Bowlby, Melanie Klein y Margaret Mahler ahondan a profundidad sobre la importancia que le había dado Sigmund Freud a la pérdida del objeto amado y al vínculo con las figuras objetales. La evidencia clínica nos muestra claramente como las relaciones objetales y la vinculación influyen en el desarrollo psíquico y emocional del individuo, por lo que esta investigación se centra en un estudio de caso con enfoque psicoanalítico en donde se diseñó, se implementó y se evaluó una intervención que muestra como al reparar el vínculo entre una joven y sus figuras parentales, en especial con su madre, los signos depresivos que presentaba remiten. Esto con la intención de aportar un diseño de investigación para la depresión desde el punto de vista psicoanalítico, lo que a su vez puede servir de herramienta o guía para casos similares o relacionados con la depresión y las dificultades de vinculación con las figuras parentales.

El presente trabajo hace una revisión teórica bosquejada líneas arriba. Posteriormente hace énfasis en la metodología tanto de investigación como en la que es propia de la psicoterapia con enfoque psicoanalítico, en este caso se utilizó la investigación circular de un solo caso del Doctor José de Jesús González Núñez (2005). En cuanto a este tema se tomó en cuenta el motivo de consulta manifiesto y el latente, así como la entrevista clínica con los datos generales y específicos de la paciente en cuestión. Se establecieron las hipótesis de trabajo como terapeuta que –como ya se señaló- corresponden a la investigación clínica, al igual que los objetivos generales y específicos. Para mayor claridad se incluyó una definición de términos.

Por otra parte se incluyeron los instrumentos utilizados tales como la historia clínica, algunas láminas del TAT, lo cual sirvió de base para la conceptualización del problema de la paciente, es decir la impresión diagnóstica.

Se diseñó un marco para las sesiones psicoterapéuticas, el cual se aclara que no se sigue en el orden estricto en el cual se plantea sino que sirve de base para las metas terapéuticas propuestas. Posteriormente se evaluó el proceso, analizando el resultado de las sesiones psicoterapéuticas, las cuales en general fueron exitosas debido a que la paciente traslavoró, logrando un cambio significativo en su afrontamiento a los introyectos que había hecho respecto a la depresión, especialmente de la madre, y tomando decisiones para cambiar su vida de tal manera que empezó a esforzarse en cuanto a lo académico e inició la búsqueda de un trabajo que le permitiera autoabastecerse en lo posible, todo esto abordándolo con entusiasmo y motivación, dejando atrás la tristeza y el desánimo. Es factible que en este momento ya haya conseguido el trabajo que con tanto afán buscaba y tenga mayor autorrealización.

Finalmente en el análisis de los resultados se incluyeron los alcances y las limitaciones, así como sugerencias, tales como si en el futuro necesitara de apoyo contaba con su terapeuta. Además del logro de las metas ya descritas debido a su involucramiento académico y laboral, la paciente se declaró lista para enfrentar al mundo y se le dio de alta.

Por último como es propio en este tipo de trabajos, se citan las referencias pertinentes.

1.1. Planteamiento del problema

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por sensación persistente de tristeza durante dos o más semanas, pérdida de interés o placer, poca esperanza, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio, falta de concentración y dificultades para tomar decisiones. Además, pierden el interés en sus actividades diarias, lo cual inhabilita su funcionamiento, dificulta el afrontamiento de la vida y afecta el desempeño en el trabajo, la escuela o en las actividades domésticas. La depresión es resultado de estresores psicosociales tanto con componentes bioquímicos como sociales (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2012).

Constituye un grave problema de salud pública en México, pues el año pasado afectaba entre el 12 y 20% de las personas de entre 18 y 65 años, siendo las mujeres en edad productiva, de 20 a 35 años, quienes acuden mayormente a solicitar servicios psiquiátricos por síntomas asociados a la depresión. Esto puede deberse a que culturalmente se les permite, a diferencia de a los hombres, demostrar sus sentimientos, son consideradas débiles y se les inculca ser sumisas, lo cual puede afectar su autoestima, además de que su estado de ánimo puede estar afectado por cambios hormonales (Diario de Yucatán, 2014).

De igual forma, la depresión tiene una influencia en otras enfermedades físicas al igual que ciertas variables psicosociales entre las que destacan: ser mujer (en especial las jefas de familia), dedicarse únicamente al hogar o ser responsable del cuidado de algún enfermo, problemas económicos, salario bajo, desempleo (sobre todo en los hombres) o bien trabajo insatisfactorio, aislamiento social, consumir sustancias adictivas como el alcohol, el estrés, tener autoestima baja, falta de una pareja, problemas legales, tener experiencias de violencia y

la migración (OMS, 2013; Secretaría de Salud, 2014; Berenzon, Lara, Robles y Medina-Mora, 2013).

Respecto al rendimiento académico, este es el resultado de la reunión de muchos factores y no es sólo el reflejo de la capacidad intelectual, y guarda relación con variables individuales y con variables relacionadas con el entorno. Algunos estudios muestran que existe una relación significativa entre el rendimiento académico y el estado emocional del estudiante (Campo-Arias, González, Sánchez, Rodríguez, Dallos y Díaz-Martínez, 2006). La asociación entre rendimiento académico y depresión ha sido abordada en diversos estudios. Mientras que algunos autores consideran que el bajo rendimiento académico es el factor causal o predictor de la depresión, otros consideran que la relación es inversa, esto es que el rendimiento académico se ve afectado por el abatimiento del estado de ánimo. Esto tiene relación con que el depresivo presenta dificultades en su rendimiento por la pérdida de la capacidad de experimentar placer (intelectual, estético, alimentario o sexual) y con las dificultades de memoria y concentración que lo acompañan, lo cual afecta la calidad de vida y el desarrollo profesional de los estudiantes (Fouilloux, Barragán, Ortiz, Jaimes, Urrutia y Guevara-Guzmán, 2013).

Las circunstancias socioeconómicas también son factores significativos para desarrollar depresión, por lo que las constantes crisis económicas y sociales pueden producir preocupación y tristeza entre las personas. Esto resulta relevante debido a que, si bien no hay diferencias significativas por nivel socioeconómico en la prevalencia de trastornos depresivos, la población que vive en condiciones de pobreza podría presentar una depresión más grave que aquélla que se encuentra en mejores condiciones económicas. Aunque por supuesto, esto no significa que las personas favorecidas económicamente no puedan presentar síntomas o

desarrollar un cuadro depresivo de leve a grave (Berenzon, Lara, Robles y Medina-Mora, 2013).

Desde el punto de vista psicoanalítico, Sigmund Freud hizo referencia a la pérdida del objeto amado como el proceso fundamental de la melancolía. Esta pérdida puede ser de un objeto real, o de una situación similar que tenga el mismo significado, dando como resultado la instalación del objeto dentro del Yo en respuesta al exceso de impulsos canibalísticos del sujeto, por lo que esta introyección se malogra causando la enfermedad (Klein, 1989). Este aspecto fue retomado por diversos teóricos del vínculo como Melanie Klein y John Bowlby, quienes relacionan la depresión con las experiencias vividas durante la niñez y el estilo de vinculación que desarrollaron con sus figuras objetales. De modo que de haber percibido de ellas rechazo o castigo, las personas pueden deprimirse y sentirse no sólo tristes y solas, sino también no queridas (Bowlby, 1997).

La terapia con un enfoque psicoanalítico ofrece un tratamiento que indaga más a profundidad las causas de la depresión, tomando en cuenta los aspectos tanto conscientes como inconscientes y pone énfasis en las vivencias de la niñez, especialmente en el vínculo y las relaciones objetales, evitando de ese modo que en el futuro la persona presente nuevamente los síntomas (Bowlby, 1997; Leader, 2008), mediante la traslaboración.

1.2. Justificación

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2013, dio a conocer su Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020, en él se habla de que las personas con ciertos padecimientos mentales, entre los que destacan la depresión, tienen una probabilidad de 40 a 60% mayor de morir prematuramente, esto debido a los problemas de salud física que generalmente no son atendidos y al suicidio. Además de que, por sí sola, la depresión representa un 4.5% de la carga mundial de morbilidad y es la principal causas en el mundo de discapacidad, en especial entre las mujeres.

Dicho Plan de Acción, cuenta con una serie de objetivos a cumplir, siendo el segundo de ellos proporcionar en los ámbitos comunitarios servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta. Considerando a su vez, como meta mundial, que la cobertura de servicios para los trastornos mentales graves, entre los que se encuentra la depresión moderada a grave, aumente en un 20% para el año 2020 (OMS, 2013). Esto brinda una idea de la importancia que ha adquirido a nivel mundial la intervención y tratamiento de la depresión, en especial en los grupos vulnerables como lo son los niños y adolescentes que consumen drogas, las víctimas de violencia, las mujeres y hombres desempleados, y los adultos mayores que no cuentan con redes sociales de apoyo (Secretaría de Salud, 2007).

Es importante señalar que en México, a pesar de que existen diferentes tratamientos para la depresión, la proporción de personas que solicitan atención es baja, pues de acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) (2005 citado en Secretaría de Salud, 2007), una de cada cuatro personas con depresión recibe ayuda; una de cada diez es atendida por un médico; una de cada veinte es atendida por un psiquiatra, y sólo uno de cada

tres pacientes a los que se les prescribe un tratamiento toma el medicamento prescrito. Además de que el 8.8% de la población mexicana ha presentado por lo menos un cuadro de depresión alguna vez en su vida, y es 1.5 veces más frecuente en mujeres que en hombres.

Particularmente en Yucatán, por ejemplo en el Hospital Psiquiátrico, el principal motivo de consulta son los problemas de ansiedad y depresión muchas veces vinculados a estados de estrés relacionados con metas y proyectos de vida que las personas se han planteado y que no pudieron cumplir, así como a las necesidades del entorno social (Díaz, 2014). Es precisamente debido a que es de los padecimientos que más afectan a la sociedad yucateca, uno de los objetivos del gobierno estatal en el área de salud mental es lograr una mayor coordinación con los médicos para atender a las personas con este trastorno (Mejía, 2014). De igual forma, la depresión es uno de los principales motivos de consulta, tanto manifiesto como latente, que se observan en la práctica psicoterapéutica privada, por lo que al tratarse de un padecimiento común en el Estado, resulta necesario hacer investigaciones que permitan una intervención efectiva para prevenir y disminuir rasgos depresivos en quienes los presentan.

2. Antecedentes

2.1. Depresión

La depresión es un tono afectivo de tristeza que puede variar desde un ligero sentimiento de minusvalía o indiferencia hasta una predisposición extrema hacia el suicidio. Es un término que se ha utilizado de distintas formas y algunos autores consideran que la depresión neurótica no es una patología en sí misma, sino que es un síntoma que acompaña a algunas patologías. Las manifestaciones de la depresión, su diagnóstico y pronóstico dependen del tipo de depresión de que se trate. Una forma de clasificarla (Coderch, 1985 citado en González Nuñez, 2013) es la siguiente:

1. Depresión endógena (melancolía). Es la depresión psicótica; en ella intervienen factores constitucionales como la herencia. La sintomatología se expresa de forma muy marcada y hay un grave riesgo de suicidio.
2. Depresión reactiva. Reacción del organismo ante un suceso que al individuo le resulte traumático o difícil de superar. El factor que causa la depresión está consciente para la persona.
3. Melancolía involutiva. Aparece por primera vez después de los sesenta años; su curso es crónico.
4. Depresión neurótica. Puede a veces estar acompañada de ansiedad; el factor desencadenante puede ser una pérdida real o fantaseada. Los trastornos psicósomáticos en algunos casos acompañan a este tipo de depresión.

La escuela psicoanalítica propone que el individuo deprimido se encuentra inmerso en sentimientos de culpa y de baja autoestima, el sujeto interioriza la pérdida de un objeto como

rechazo de sí mismo, y la confunde o la relaciona inconscientemente con sus propias experiencias tempranas (American Psychiatric Association, 2000).

Freud (1917), en su libro *Duelo y melancolía*, compara ambos términos al describir una sensación de tristeza dolorosa que resulta de una pérdida objetal. Menciona que las características mentales distintivas de la melancolía son un profundo desánimo doloroso, el fin de interés en el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas y cada actividad, y una reducción de los sentimientos de autoestima hasta el punto de encontrar expresión en la autorecrimianación y autodesprecio, que concluye con una expectativa ilusoria de castigo. En general, en la melancolía la pérdida del objeto es de naturaleza ideal que implica una regresión a la fase oral, una etapa aún narcisista de la libido, cuando se produce una identificación con el objeto perdido.

Por otra parte, el duelo muestra las mismas características de la melancolía, a excepción de la perturbación del amor propio. El duelo intenso es la reacción a la pérdida de un ser amado e integra un doloroso estado de ánimo, la cesación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de elegir un nuevo objeto amoroso, y el apartamiento de toda función no relacionada con la memoria del ser querido. El mecanismo psíquico natural del duelo, consiste en un examen que se hace de la realidad, en la cual, el objeto amado no existe ya, y demanda que la libido abandone todas sus relaciones con el mismo, contra esta demanda surge una resistencia de modificar la libido convertida en catexia, aun cuando le haya encontrado ya una sustitución, lo normal es que aunque con gran gasto de tiempo y de energía psíquica, se realice la sustracción casi total de la libido. Freud también señaló que en el duelo es el mundo el que se convierte en inútil y vacío; por el contrario, en la melancolía es el ego (Freud, 1917).

Es debido a lo anterior por lo que resulta relevante hablar del duelo dentro de la depresión, ya que es un proceso y no un estado en el cual la persona que ha perdido algo importante para ella (una persona, objeto, etc.) se adapta a vivir sin ello (Fernández y Rodríguez, 2002).

La patología asociada al duelo, para el psicoanálisis, está asociada a factores de predisposición personal y en el mantenimiento de la ambivalencia hacia la pérdida y su aceptación. Para Klein (1989), las personas que sufren duelos patológicos nunca han conseguido superar con éxito la posición depresiva que constituye una etapa del desarrollo infantil normal, y establecer una buena relación objetal que les permita sentirse seguros dentro de su mundo interno, independientemente de la presencia o no del objeto perdido.

De igual forma, se ha discutido sobre la importancia de la fase oral en la melancolía. Esta fijación especial de la libido en la fase oral se considera como uno de los factores implicados en la etiología de la enfermedad. El proceso de introyección en el melancólico, representante de la fase oral, se basa en una grave situación de conflicto de sentimientos ambivalentes. Otros factores implicados en la etiología, son la aparición de la primera decepción con el objeto de amor antes de que se superen los deseos edípicos y una repetición de esta primera decepción en la vida más tarde, al igual que un gran daño al narcisismo infantil (Abraham, 1970).

Sobre la psicogénesis de la melancolía, Abraham (1970) menciona que los pacientes melancólicos son inaccesibles a cualquier crítica a su modo de pensar. En ellas se puede ver el carácter narcisista del pensamiento y el desprecio por las personas que los confrontan con la realidad. Por lo tanto, cuando las personas melancólicas sufren una desilusión insoportable causada por su objeto de amor, tienden a expulsar a este objeto como si se tratara de las heces, y destruirlo. Poco después de que se realice el acto de introyección y devorarlo, como acto que

es una forma específicamente melancólica de identificación narcisista, su sed de venganza sádica luego encuentra satisfacción, atormentando el ego, una actividad que, en parte, da placer.

La depresión clínica es un término relativamente moderno, Hipócrates, comúnmente conocido como el padre de la medicina, ya lo describía como el síndrome de “melancolía”. Este síndrome era una enfermedad distinta a otras, pues involucraba síntomas tanto físicos como mentales. El término de melancolía fue ampliamente aceptado, e incluía un amplio rango de síntomas en comparación con la depresión, incluidos el abatimiento, la tristeza, el desánimo, la ira, el miedo, los delirios y las obstinaciones (Radden, 2003). En la actualidad, se habla de depresión para referirse específicamente a un desorden descrito tanto por el ICD-10, como por el DSM-IV (Paykel, 2008).

Están clasificadas diversas formas de desordenes depresivos, sin embargo los más generales son: el desorden depresivo y el desorden distímico. El primero es igualmente conocido como depresión mayor, en este los pacientes sufren una combinación de síntomas que afectan en su habilidad para dormir, estudiar, trabajar, comer y disfrutar de actividades que consideraban placenteras; este desorden puede llegar a ser incapacitante, evitando que el paciente funcione normalmente (DSM-5, 2013). Por su parte el desorden distímico, también conocido como distimia o depresión crónica leve, incluye síntomas que pueden presentarse por un largo período, aunque no tan severos como los de la depresión mayor, no obstante las personas que padecen este desorden encuentran difícil funcionar normalmente y sentirse bien. Una persona con un desorden de distimia puede presentar depresión mayor en una o varias ocasiones durante su vida. La distimia en algunos casos se presenta con otros síntomas, cuando esto sucede es posible que otras formas de depresión puedan ser diagnosticadas, tal como la depresión psicótica, la depresión posparto, el desorden bipolar y el desorden afectivo

estacional. Para que un paciente sea diagnosticado con distimia debe presentar una combinación de síntomas depresivos por al menos dos años. (American Psychiatric Association, 2000)

En el análisis histórico de la depresión hay conceptos e ideas que parecen asomar una y otra vez como es: la persistente conexión de la fase oral del desarrollo y la unidad madre / hijo, la regulación de la autoestima y finalmente una asociación normal entre agresión, hostilidad, superyó y culpa resultante.

Cabe recalcar que la depresión no es uniforme, los signos y síntomas experimentados por un paciente pueden no ser experimentados por otros. La severidad de estos síntomas y la duración depende de cada individuo y su enfermedad. Entre los síntomas más comunes se encuentra un constante sentimiento de tristeza, ansiedad y vacío, sentimiento general de pesimismo, desesperanza, cansancio, irritabilidad, pérdida de interés en actividades que solían ser placenteras, pérdida de interés en el sexo, fatiga, dificultad para concentrarse, recordar detalles o tomar decisiones, problemas de sueño, cambio en hábitos de alimentación, pensamientos suicidas, y dolores de cabeza, calambres, problemas digestivos que no mejoran con tratamiento (American Psychiatric Association, 2000).

Respecto a la prevalencia del trastorno, se sabe que antes de la adolescencia casi no hay diferencia en la incidencia de depresión entre los niños y las niñas. Pero entre las edades de 11 y 13 años hay un alza precipitada en la incidencia de depresión en las niñas. Al llegar a los 15 años, las mujeres tienen una probabilidad dos veces mayor que los varones de haber experimentado un episodio depresivo serio (Cyranowski, Frank, Young y Shear, 2000).

Extensa investigación constantemente ha demostrado que es más probable experimentar depresión por parte de las mujeres que por parte de los hombres (Kessler, 2003). Las mujeres son especialmente susceptibles a incrementos en la depresión durante los años de

la adolescencia debido a varios factores como la insatisfacción con el cuerpo, estilos de enfrentamiento rumiativo, y ansiedad (Chaplin, Gillham y Seligman, 2009), especialmente durante la adolescencia, etapa en que los roles y las expectativas cambian drásticamente. Los factores de estrés durante dicha etapa incluyen la formación de una identidad, la sexualidad en desarrollo, la separación del adolescente de los padres, y la toma de decisiones por primera vez, aunado a otros cambios físicos, intelectuales y hormonales. Estos factores de estrés son generalmente diferentes para los varones, y en las mujeres pueden estar relacionados con la mayor incidencia de depresión. Además de que existen estudios que demuestran que durante el bachillerato las niñas tienen tasas de incidencia más altas de depresión, trastornos de ansiedad, trastornos de alimentación, y trastornos de desajuste emocional que los varones (Kessler, 2003).

Los períodos de transición como el que va de la adolescencia a la adultez ha sido asociado como “tormenta y estrés” que puede desembocar en el desarrollo de problemas psicológicos (Arnett, 1999). El estrés asociado con las transiciones, como por ejemplo hacia la universidad, pueden generar incrementos de soledad y aislamiento, lo que hace a las mujeres más vulnerables o exacerban los problemas existentes (Kadison, 2004). Incluso la finalización de una relación crea comúnmente distrés psicológico en niñas y mujeres (Arnett, 1999).

En cuanto a las causas de la depresión, los diversos autores se han preguntado si la depresión depende de causas externas, o si se trata de alguna alteración del funcionamiento bioquímico en el organismo. Las investigaciones que se han llevado a cabo han resultado controvertidas, pues existen diversas explicaciones de que se de este desorden. Entre los factores que influyen en la depresión se encuentran los genes de la persona, el ambiente bioquímico, las experiencias personales anteriores y los afectos asociados a ésta y a los hechos presentes, y los factores psicológicos (González Núñez, 2013; Kempton, Salvador, Munafo,

Geddes y et al, 2011). Igualmente, se ha encontrado mediante Imágenes de Resonancia Magnética que pacientes con depresión clínica presentan menos volumen cerebral en diversas regiones cerebrales, incluido el lóbulo frontal, los ganglios basales y el hipocampo También se ha reportado que los genes juegan un rol crucial en la depresión, pues en estudios de casos de depresión mayor en gemelos idénticos y no idénticos, se encontró que la herencia es un factor de riesgo importante en el desarrollo de la depresión (Levinson y Nichols, 2015).

En cuanto a otros factores precipitantes, Cameron (1982 citado en González Nuñez, 2013) señala que las carencias y frustraciones que van más allá de los límites de tolerancia individual son las que precipitan la depresión. El depresivo es muy susceptible a todo aquello que pueda constituir una amenaza para la satisfacción de sus necesidades de dependencia y ponga en peligro su autoestima. Entre los factores más amenazantes están: 1) la pérdida de amor o de apoyo emocional, 2) fracasos personales o económicos y 3) responsabilidades nuevas.

1. Perder un amor o incluso la amenaza de perderlo hace que se tambalee la autoestima; la pérdida puede darse por muerte de la persona amada, mas no necesariamente la muerte aleja al ser amado; también puede darse una separación amorosa, como el divorcio o el abandono; o el ser amado, sin alejarse físicamente, lo hace emocionalmente.
2. El fracaso ataca directamente la seguridad de las personas dependientes; el poder, el prestigio, el dinero o la belleza se constituyen para ellos en fuentes de apoyo, no son simplemente recursos, sino la satisfacción directa de sus necesidades.
3. Para algunos, el hecho de coronar sus esfuerzos, cristalizando un logro, provoca la depresión, puesto que puede alejar más que nunca la posibilidad de satisfacer las necesidades inconscientes de dependencia, amor y protección.

Otro de los factores que se ha encontrado que desemboca en la depresión son diversos cambios químicos, trabajando tanto fuera como dentro de las células nerviosas, contrario a lo que se creía que solo era la disminución de un químico y el aumento de otro (Stoppard, 2014). Sin embargo, hasta ahora uno de los factores que explica el desarrollo de la enfermedad depresiva son los factores exógenos y por lo tanto, con origen psicológico.

Más recientemente, otros autores han tratado de diferenciar dos tipos de depresión, basándose en parte en los escritos de Freud sobre los procesos de la incorporación oral y formación del superyó, y teniendo en cuenta que no sería exitoso integrar estos dos mecanismos de fases tan diferentes del desarrollo psíquico (Blatt, 1997). Postulan que hay depresiones anaclíticas o dependiente, e introyectivas o autocrítica.

La depresión llamada anaclítica o dependiente, que se centra en cuestiones interpersonales como la dependencia, el abandono y la sensación de pérdida, se caracteriza por sentimientos de soledad y abandono, y por la búsqueda de alguien que va a llenar el vacío de la madre. Para el individuo, que desea profundamente el cuidado y amor, la separación o la pérdida del objeto trae consigo temor, aprensión y los mecanismos de defensa primitivos (Zimerman, 1999).

Por su parte, la introyectiva o autocrítica derivada de un superyó punitivo y cruel, se centra en emitir una autocrítica, inquietudes con valor personal y sentimientos de culpa y fracaso. Se caracteriza por sentimientos de inutilidad, inferioridad, fracaso y culpa. El individuo está constantemente juzgándose de una manera cruel y tiene un miedo crónico a la crítica o la desaprobación externa. Se exige constantemente, es competitivo, busca la aprobación y el reconocimiento y, en general, lograr buenos resultados, obteniendo, sin embargo, poca satisfacción (Zimerman, 1999).

En cuanto a la respuesta al tratamiento, Blatt (1997) comenta que es diferente para los dos grupos. El grupo de depresión autocrítica responde mejor a intervenciones psicodinámicas de orientación que a intervenciones breves. Estos individuos están en mayor riesgo de intento de suicidio grave, sus sentimientos de culpa son satisfechas por la enfermedad, pudiendo negarse el derecho de mejorar e incluso presentar reactancia terapéutica negativa.

2.1.1. Padres deprimidos.

Estudios en padres y jóvenes depresivos han mostrado que sus interacciones familiares están caracterizadas por más conflictos, más rechazo, mayores problemas de comunicación, menor expresión de afecto, menor apoyo y mayor abuso que las interacciones familiares del grupo control. Sin embargo, los pocos estudios que han incluido grupos control psiquiátricos han discutido sobre lo específicos que han sido esos resultados (Downey y Coyne, 1990), y es posible que el conflicto familiar refleje un estilo de afrontamiento en la que los padres tienden a controlar la conducta disruptiva de sus hijos (Asarnow, Tompson, Hamilton, Goldstein y Guthrie, 1994).

Los mecanismos en los que las interacciones familiares psicopatológicas pueden aumentar el riesgo a desarrollar depresión no se han develado. Un posible mecanismo es que las interacciones psicopatológicas entre la madre y el hijo pueden desarrollar patrones de manejo del estrés que los predisponen a la depresión. Los padres podrían estar enseñando a sus hijos a “darse por vencidos” cuando enfrentan una situación estresante, y no modelar maneras adaptativas de regular sentimientos negativos (Garber y Hilsman, 1992).

Los conflictos familiares podrían ser eventos no específicos que generan depresión en individuos susceptibles a ello. Otros factores como falta de afecto o irritabilidad expresada

hacia el niño, conflictos familiares y abuso podrían estar contribuyendo al incremento de la vulnerabilidad hacia la depresión u otra psicopatía del niño (Adrian y Hammen, 1993).

2.2. Vínculo y depresión

Para los teóricos del vínculo, como John Bowlby, Melanie Klein y Margaret Mahler, relacionan la depresión con las experiencias vividas durante la niñez y el estilo de vinculación con las figuras objetales; de modo que de haberse percibido rechazo o castigo, las personas pueden deprimirse y sentirse no sólo tristes y solas, sino también no queridas (Bowlby, 1997).

Otros autores en este sentido, han realizado investigaciones con el fin de demostrar que los distintos estilos de apego están asociados a ciertas características personales sobre todo con los trastornos de ansiedad, depresión y el trastorno límite de personalidad (Bifulco, Moran, Ball y Bernazzani, 2002).

Algunos estudios han encontrado relaciones entre diferentes patrones de apego y algunos trastornos psicopatológicos en la infancia y la adolescencia; sobre el apego inseguro, Weinfeld, Sroufe, y Egelund (2000) encontraron relaciones con la depresión en la infancia, dificultades interpersonales y comportamiento hostil en la adolescencia. Warren y cols. (1997) relacionaron el apego ambivalente en la infancia con el trastorno de ansiedad en el adolescente. También sobre el apego inseguro, evitativo o desorganizado en la infancia, Ogawa y cols. (1997) encontraron relación significativa con los síntomas disociativos a edades entre 17 y 19 años.

Dozier, y cols., (2001) señalan que otros autores han encontrado correlación significativa entre el estilo de apego preocupado con una personalidad marcada por sentimientos depresivos y que el estilo de apego evitativo en algún grado; mantiene íntima

relación con la personalidad antisocial, el abuso de drogas y de comida. Sin embargo algunos autores discrepan sobre estas tesis y dicen que no existen suficientes datos que permitan validar dichas afirmaciones.

Por su parte, John Bowlby (2006) señala que su teoría del apego es la manera en la que concibe la propensión de los seres humanos a establecer vínculos afectivos sólidos con otras personas, así como explicar los trastornos emocionales y alteraciones de la personalidad, lo cual incluye la depresión. El rasgo esencial de dichos vínculos consiste en que los dos participantes tienden a estar en mutua proximidad, y de estar separados, tarde o temprano cada uno busca al otro para restablecer la proximidad.

El apego hace referencia a cualquier forma de comportamiento que propicia que una persona logre o conserve proximidad con otro individuo diferenciado o preferido, y que en general es considerado como más fuerte y sabia. El niño experimenta una relación cariñosa, íntima y continua con su madre o cuidador, que ocasiona en ambos satisfacción y gozo, donde además, cada uno tiene la necesidad de identificarse y sentir que pertenece al otro, pues el niño necesita sentir que pertenece a su madre y ésta necesita sentir que pertenece a su hijo, sólo así puede dedicarse por completo a él. Por lo tanto, la meta de la conducta de apego es mantener dicha proximidad o comunicación con las figuras de apego, para que de ese modo se pueda dar un desarrollo sano que, más tarde, tenga repercusiones positivas en los vínculos afectivos o entre adultos. Esto deja claro que las formas de comportamiento y vínculos provenientes de dichos apegos no se limitan a la niñez, sino que están presentes a lo largo de la vida (Bowlby, 1972, 1997, 2006).

Expuso también su punto de vista de que las relaciones primarias perturbadas madre-hijo deberían ser consideradas como un precursor clave de la enfermedad mental. La naturaleza de muchos trastornos psiquiátricos, los estados de ansiedad y depresión producidos

en la vida adulta pueden relacionarse de manera sistemática con los estados de ansiedad, desesperación y desapego. Estos estados se provocan fácilmente, siempre que se separa a un niño pequeño de la figura materna durante un periodo prolongado, cuando aquel prevé la separación, o cuando la separación es definitiva (Bowlby, 2006).

Resulta importante señalar que es más fácil encontrar el amor materno dentro del contexto de una familia, la cual también cumple con la función de brindar una atmósfera de afecto y seguridad que ayuda al niño en la satisfacción de sus necesidades básicas y le permita desarrollar totalmente sus capacidades físicas, mentales y sociales, para que en la vida adulta pueda enfrentarse efectivamente a su entorno físico y social. Sin embargo, no debe dejar de considerarse que aún cuando el niño esté dentro de una familia con una madre que lo descuide, ésta le da alimento, abrigo, consuelo, enseñanzas y esa continuidad de afecto humano de la que depende su sentido de seguridad. Por lo tanto, puede estar mal alimentado, mal abrigado, enfermo y sucio, pero, a menos que haya sufrido un rechazo total por parte de sus padres, se siente seguro al saber que alguien lo valora y se esfuerza, aunque inadecuadamente, por darle lo necesario hasta que pueda ser independiente (Bowlby, 1972).

De este modo, queda claro que los patrones de comportamiento de apego que muestra cada individuo, dependen de su edad, sexo, circunstancias presentes, experiencias en etapas anteriores con sus figuras significativas y el estilo de apego que haya tenido con éstas, entre los que Bowlby (2006) destacan el apego seguro, el angustioso o evitativo y el ansioso-ambivalente.

Un apego seguro implica que la madre esté presente y dispuesta a brindar y recibir cariño al niño, pero también implica que el niño se sepa dónde está cuando está ausente, de modo que le brinda una base segura que lo anima a explorar su entorno con la confianza de que puede volver cuando esté cansado o tenga miedo. Además de que permite que los niños

crezcan seguros, con confianza en sí mismos y en los demás, por lo que ayudan y colaboran con otros, siendo de este modo personas capaces de ayudarse a sí mismas y se consideran merecedoras de recibir ayuda en caso de tener dificultades. Quien no tenga una base de este tipo, se sentirá desarraigado e intensamente solo, como sucede en el apego angustioso (Bowlby, 2006).

El que los individuos se encuentren constantemente ansiosos, inseguros e incluso excesivamente dependientes o inmaduros, se relaciona con un apego angustioso o evitativo, y tienden a desarrollar síntomas neuróticos, depresiones o fobias. Esto es debido a una acción parental patógena, en donde uno o ambos padres no cuidan o responden al comportamiento del hijo y, por lo tanto, lo descuidan y rechazan activamente; la asistencia de los padres es discontinua y a veces puede haber largos períodos en los que el hijo esté separado de ellos; existen amenazas persistentes de parte de padres que no demuestran amor al hijo, las cuales le permiten controlarlo; alguno de los padres, a modo de disciplina, somete al hijo por medio de amenazas de abandono a la familia, matar a su cónyuge o cometer suicidio; fomentar culpa en el niño al decirle que su conducta influye o influirá en la enfermedad o muerte de su madre o padre. Para evitar las consecuencias emocionales de estos actos, el niño o adolescente puede desprenderse de la figura a quien está apegado y, por ende, tener un bajo umbral para manifestar comportamientos de apego (Bowlby, 2006).

Rosenstein y Horowitz (1996) por otro lado demostraron que los adolescentes con una organización de apego evitativo eran más susceptibles a desarrollar problemas de conducta, abusos de sustancias, trastorno de personalidad narcisista o antisocial, y rasgos paranoicos de personalidad. Mientras que aquellos con una organización de apego ansioso eran más susceptibles a desarrollar trastornos afectivos o un trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo, histriónico, limítrofe o esquizoide. Por su parte, Buchheim, Strauss y Kächele

(2002) observaron que existía una asociación entre el estilo de apego ansioso, las experiencias traumáticas sin resolver, y el trastorno de ansiedad y la personalidad limítrofe.

Contrario al apego angustioso o evitativo, se encuentra el comportamiento de apego en el que se brindan cuidados compulsivamente. Para Bowlby (2006), quien tiene dicha conducta puede establecer varias relaciones íntimas, pero siempre tiene el rol de brindar cuidados, tanto a personas que lo necesitan como a quienes ni los buscan ni los agradecen, y no de recibirlos. Esto se relaciona con hijos de madres deprimidas que no podían cuidar de ellos y, por el contrario, deseaban ser cuidadas. De modo que desde la infancia temprana han aprendido que para vincularse afectivamente deben ser cuidadores y que el único cuidado que pueden recibir es el que se dan a sí mismo, por lo que tienen mucho anhelo latente de amor y cuidados, así como rencor latente a los padres por no habérselos brindado, lo cual de ser expresado les genera ansiedad y culpa. En un proceso psicoterapéutico, se debe ayudar a la persona a reconocer ese anhelo de cuidado y amor, al igual que la ira que siente hacia quienes no pudieron brindárselos en la infancia.

El apego ansioso-ambivalente, es para Bowlby (1969 citado en León, 2004) el que genera que los niños se muestren angustiados cuando los padres los dejan y se comporten de manera ambivalente cuando se reúnen con ellos. También pueden tratar de buscar contacto e interacción, aunque de recibirlo lo rechazan con enojo, o bien, se muestran bastante pasivos o con una conducta caótica. No logran ser independientes a la hora de resolver sus problemas, tienden a ser victimizados en sus relaciones sociales y presentan sentimientos de inseguridad y enojo. Todo esto está relacionado con la inestabilidad, intrusividad e inconsistencia del cuidado materno, el cual se caracteriza por la constante falta de disponibilidad para sus hijos, aunque a veces se muestran responsivas y sensibles, aumentando de ese modo la dependencia

del niño. Explicándose de este modo la percepción que el niño puede llegar a tener del comportamiento contradictorio de la madre.

Cabe recalcar que brindar cuidados es complementario a la conducta de apego, y por lo tanto, la función que cumple también lo es. Generalmente es un adulto el que protege a un niño o adolescente con quien tiene un apego, pero también es posible que se dé entre dos adultos, sobre todo en momentos de enfermedad, tensión o durante vejez (Bowlby, 1997). Entre los roles del cuidador están el estar disponible y responder a la necesidad de cuidado de quien lo necesite, e intervenir juiciosamente cuando el niño o la persona esté pasando por alguna perturbación. Siendo importante destacar que la manera en la que lo desempeñan los padres guarda estrecha relación con el hecho de que la persona crezca mentalmente sana (Bowlby, 2006).

Consecuentemente, la teoría del apego y el brindar cuidados tienen relación con la depresión, pues para Bowlby (1997), el tema principal por el que las personas se sienten impotentes se relaciona con la incapacidad de establecer y conservar relaciones afectivas, lo que a su vez guarda relación con las experiencias vividas con la familia durante la niñez, como por ejemplo, el no haber conseguido tener una relación estable y segura con los padres a pesar de haber intentado satisfacer sus exigencias, o el que los padres digan al hijo que es detestable e incompetente, lo cual lo lleva a crear un modelo de las figuras de apego donde éstas son representadas como seres inaccesibles que lo rechazan o castigan. Esto podría explicar porque las personas deprimidas no solamente se sienten tristes y solitarias, sino también no queridas, detestables e impotentes.

Por lo tanto, y desde esta teoría, durante la práctica terapéutica es necesario que la persona se permita considerar detalladamente y de la manera más sincera que pueda, que la forma en la que interactúa actualmente con quienes son emocionalmente importantes para él,

incluyendo al psicoterapeuta, está influida y alterada por las experiencias con sus padres durante la niñez y adolescencia, algunas de las cuales pueden continuar latentes (Bowlby, 2006).

Por otra parte, y desde el punto de vista de Melanie Klein (1989), el medio primario e inmediato de aliviar el hambre, odio, tensión y la satisfacción de sus deseos, es la madre, quien además de desempeñar un papel duradero en la mente debido a que ella es la primera en satisfacer necesidades de autopreservación y deseos sensoriales, también brinda brindando seguridad, lo cual tiene influencia no sólo en la infancia, sino también en las diferentes etapas de nuestra vida, especialmente en todas las asociaciones humanas y relaciones amorosas posteriores.

Desde el inicio, cuando el niño consigue el pecho de la madre, su Yo introyecta objetos “buenos”, así como los “malos” cuando se le es negado. Esto es debido a que el bebé proyecta su propia agresión sobre estos objetos que considera malos, tanto porque le frustran su deseo como porque los concibe realmente peligrosos y perseguidores. De modo que el poder del Yo de identificarse con sus objetos es pequeño, y los objetos introyectados son aún objetos parciales. Por supuesto, y a medida que el Yo completa su organización, el Yo puede identificarse más ampliamente con los objetos “buenos”, y conforme el miedo a la persecución se extiende también al objeto bueno y la preservación de este se considera como sinónimo de la supervivencia del Yo, se produce un cambio importante en donde se pasa de la relación de objeto parcial a la relación de objeto total. Es así como el Yo llega a una nueva posición en donde se forman los cimientos de la llamada pérdida del objeto amado, pues solamente después de que el objeto haya sido amado como un todo, su pérdida puede ser sentida como total y llevar a la depresión (Klein, 1989).

Por otra parte, y a medida que el desarrollo continúa, la niña tiene un deseo mayor por el padre y tiene fantasías tanto conscientes como inconscientes de ocupar el lugar de su madre, convirtiéndose en su esposa. De igual forma, cela a sus hermanos por el deseo de tener hijos con su padre. Todos estos sentimientos, deseos y fantasías, crean rivalidad, agresión y odio contra la madre y se agregan a las primeras frustraciones causadas por el pecho. Aun así, los deseos y fantasías sexuales hacia la madre continúan activos en la mente de la niña. Por lo tanto, la lucha entre el amor y el odio tiene sus inicios en la primera infancia, pero opera activamente durante toda la vida, actuando profundamente en el curso y fuerza de la vida afectiva de las personas adultas (Klein, 1989).

Cuando se captan los impulsos de odio hacia las personas amadas, existen sentimientos de culpa que al ser tan dolorosos se mantienen a un nivel inconsciente en la mente y se expresan disfrazados de diversas formas, siendo además, fuente de perturbaciones en las relaciones personales. Ejemplo de esto son las personas que están insatisfechas consigo mismas, con su apariencia, su trabajo o su capacidad en general, todo lo cual se relaciona con el que no tengan una base objetal y con sus sentimientos de culpa. Asimismo, hay personas que tienen una intensa necesidad de aprobación y alabanza, esto porque están en la búsqueda de pruebas de que merecen ser amadas, lo cual tiene su origen en su temor inconsciente de ser incapaces de brindar amor suficiente y genuino, y particularmente, de no poder dominar los impulsos agresivos hacia los otros; temen ser un peligro para los que aman (Klein, 1989).

Para reparar el sufrimiento y las frustraciones pasadas, así como eliminar las quejas contra los padres frustradores y los sentimientos de culpa y desesperación provenientes del odio hacia quienes al mismo tiempo son objetos de amor, se recurre a la fantasía retrospectiva de desempeñar el papel del buen hijo y del buen padre, es decir, que al ser el niño bueno con sus padres se realiza en el presente lo que en el pasado se hubiera querido realizar y, al actuar

hacia otros como padres bondadosos, la persona se recrea y goza en la fantasía de amor y bondad que ha anhelado de sus propios padres (Klein, 1989).

De no poderse realizar la reparación, y no resolver el primitivo conflicto entre amor y odio, o incluso si la culpa es muy fuerte, puede haber una reacción de alejamiento, e incluso de rechazo, ante el ser amado. Por este motivo, Melanie Klein (1989) pone énfasis en que el mecanismo de reparación es fundamental en el amor y en todas las relaciones humanas.

Otra de los teóricos del vínculo, Margaret Mahler, igualmente relaciona la angustia y la depresión con perder el objeto de amor y el amor de objeto, por lo que propuso una teoría psicogenética en donde discriminó en varias etapas y que describen el proceso de la simbiosis a la individuación del niño (Mahler, Pine y Bergman, 1975 citados en Brazelton, Bergman y Simo, 1991).

1. Fase autística normal (0-2 meses). Se presenta el periodo llamado narcisismo primario que comprende la autosuficiencia en la realización alucinatoria de deseos. Se subdivide en dos estadios: a) Narcisismo primario absoluto, donde el neonato no tiene consciencia de la existencia de un agente materno separado de él, y b) Narcisismo primario omnipotente alucinatorio, que comprende cuando el neonato se da cuenta que no puede proveer la satisfacción por sí mismo, sino que proviene de fuera de sí.
2. Fase simbiótica normal. Inicio (2-3 meses). Se trata de un estadio de no diferenciación preobjetal en donde prevalece el narcisismo primario, no tan absoluto, pues comienza a percibir que sus necesidades son satisfechas por un objeto parte que viene de afuera; él y su madre constituyen un sistema omnipotente dual, de un límite unitario común. A este estadio se le ha llamado sentimiento oceánico o fusión somatopsíquica omnipotente.
3. Fase simbiótica emocional normal. Consolidación (3-5 meses). Estadio de no diferenciación, preobjetal. Marca la importantísima capacidad filogenética del ser humano

para investir perceptual y afectivamente a la madre dentro de una unidad dual, factor primordial a partir del cual se forman las relaciones humanas siguientes.

4. Fase de separación-individuación-diferenciación (5-10 meses). Se caracteriza por un continuo de la conciencia de separación del sí mismo y del “otro”, que coincide con los orígenes del sentimiento de sí mismo de la verdadera relación de objeto, y de la conciencia de una realidad en el mundo exterior. Es una subfase de diferenciación que se presenta desde los cinco meses en adelante (como una conciencia incipiente de separación). Del estado simbiótico óptimo ocurre una lenta y suave diferenciación más allá de la órbita simbiótica.
5. Fase separación-individuación. Ejercitación (10-15 meses). Se superpone con el periodo de ejercitación locomotriz. Está presentada por el impulso hacia la autonomía; la atención se dirige hacia nuevos logros motores, con una aparente exclusión casi total de la madre en algunos momentos.
6. Fase de separación-individuación. Acercamiento (15-22 meses). Representa renovadas exigencias para la madre, quien es experimentada cada vez más como una persona separada; en el niño se observa un crecimiento continuo de los aparatos del Yo autónomo y de la capacidad de interacción social.
7. Fase de separación-individuación. Individualidad (22-26 meses). Significa el proceso hacia el logro gradual de la constancia objetal libidinal: depende de la gradual internalización de una imagen constante, positivamente cataxiada de la madre. Se basará en el logro cognitivo de objeto permanente, aunque intervienen otros aspectos del desarrollo del niño. Se consolida la identidad sexual y la integración de una unificación del objeto bueno y malo. El logro de la individualidad se expresa a través de diversas conductas, como tolerar mejor la demora y la gratificación, soportar la separación y el que

la madre pueda ser sustituida durante su ausencia física, al menos de una imagen interna confiable que se mantiene relativamente estable cualquiera que sea el estado de necesidad instintiva de incomodidad interna.

El logro de la constancia objetal emocional y la consolidación de la individualidad comenzarían aproximadamente al cumplir los dos años, pero que no tienen fin. La constancia objetal implica que el niño ha podido realizar la unificación del objeto bueno y del objeto malo en una sola representación psíquica global. Cabe señalar que puede haber madres que no toleren el proceso de separación-individuación del niño, induciendo a una simbiosis patológica que causa pánico en el infante así como sensaciones patológicas de soledad y aislamiento. Los adultos con síntomas de pánico extremos, despersonalización y desrealización, sufrirían también de una separación-individuación insuficiente (Mahler, Pine y Bergman, 1975 citados en Brazelton, Bergman y Simo, 1991).

2.3. Etapas del desarrollo psicosexual

Freud llamó psicosexuales a sus etapas de desarrollo debido a que los instintos sexuales son preponderantes en la formación y desarrollo de la personalidad. Con base en las zonas del cuerpo que se vuelven focos de placer sexual, Freud delineó cinco etapas del desarrollo psicosexual: oral, anal, fálica o edípica, latencia y genital. La madurez de la personalidad se consigue con la genitalidad completa (Dicaprio, 1989).

1. Etapa oral (0-18 meses). El origen principal de búsqueda de placer y, al mismo tiempo, de conflicto y frustración es la boca. La madre tiene un papel primordial pues forma la base segura para que el bebé construya su realidad. Los tipos de carácter oral experimentan trastornos en el recibir y el tomar. El recibir fallido puede tomar la forma de dependencia

pasiva, mientras que el tomar fallido puede resultar en manipulatividad, envidia y avaricia (Dicaprio, 1989; González Núñez y Rodríguez Cortez, 2013).

2. Etapa anal. (18 meses-3 años y medio). Corresponde más o menos el periodo de aprendizaje del control de esfínteres. El niño siente placer de la acumulación, retención y expulsión de la materia fecal. Las fijaciones en esta etapa puede generar un carácter compulsivo que suele frustrar o controlar a los demás, hace en activo lo que sufrió en pasivo y la duda reside en ser controlado o controlar (Dicaprio, 1989; González Núñez y Rodríguez Cortez, 2013).
3. Etapa fálica o edípica (3-5 o 6 años). El niño se hace más curioso acerca de las diferencias sexuales. El origen de estimulación para el niño es el pene y para la niña el clítoris y no los órganos sexuales completos. La estimulación es autoerótica (Dicaprio, 1989).

Es en esta etapa en la que se presenta el complejo de Edipo, el cual se refiere a la atracción sexual que el niño pretende desarrollar por su madre, mientras ve a su padre como un rival en el afecto de su madre. Existen actitudes mezcladas o ambivalentes hacia su padre, quien por un lado es temido porque puede remover el órgano ofensor, y también es respetado como modelo de hombría. Si el desarrollo es normal, el niño renuncia a los deseos amorosos hacia su madre y se esforzará en asumir el papel masculino imitando a su padre. En el caso de la niña, experimenta un proceso semejante en el complejo de Electra, pero toma a su padre como objeto sexual y ve a su madre como rival. Si la niña descubre que no tiene pene, la relación con su madre es más complicada porque la culpa de la pérdida y a la vez la ama, produciéndose un conflicto que, a diferencia del complejo de Edipo, nunca se resuelve completamente. El rasgo patológico principal que surge en esta etapa es la “envidia del pene”, minimizando el papel femenino y sobrevalorando el masculino. Los conflictos en esta etapa

provocan trastornos en las funciones sexuales femeninas, tales como la frigidez y la dismenorrea (Dicaprio, 1989).

4. Etapa de latencia (6-12 años). En esta etapa tienen lugar gradualmente los preparativos para la siguiente etapa importante. Implica la represión de la sexualidad para dar paso al aprendizaje, la consolidación y elaboración de los rasgos y habilidades previamente adquiridos. De no fue efectiva la educación durante las etapas anteriores y de las pulsiones parciales, se presentarán al final de la latencia los primeros síntomas de anormalidad sexual (Dicaprio, 1989; González Núñez y Rodríguez Cortez, 2013).
5. Etapa genital (pubertad en adelante). Se da el surgimiento, unificación completa y el desarrollo de los instintos sexuales, por lo que el acto sexual es la meta más importante y la que brinda mayor placer. Los órganos genitales son el origen principal de las tensiones y placeres sexuales. Aunque la genitalidad es más que potencia sexual, pues para Freud es la masculinidad y la femineidad completamente desarrolladas. Para el hombre, significa competencia y dominio en sus actividades profesionales, recreativas y sociales. En la mujer incluye más que la potencia orgásmica, implica atributos femeninos como emotividad, interés maternal y creatividad. (Dicaprio, 1989; González Núñez y Rodríguez Cortez, 2013).

2.4. Desarrollo en la juventud

Freud definió el éxito en el período de la adultez como la capacidad de amar y trabajar. Erikson destacó la obtención de la intimidad y la generatividad, la cual abarca el trabajo productivo. También existen perspectivas de otros teóricos que destacan la filiación y logro, así como la aceptación y la competencia. El paso exitoso por la adultez se encuentra ligado al

compromiso del individuo con su carrera y, generalmente, con una pareja romántica y una familia (Craig y Baucum, 2009).

Para Robert Havighurst (1953 citado en Craig y Baucum, 2009), la adultez es una serie de períodos en las que hay que cumplir determinadas tareas. En la juventud, hace referencia principalmente a formar una familia, cimentar una carrera, aprender a convivir con el cónyuge, comenzar a trabajar, asumir las responsabilidades cívicas y encontrar un grupo social afín.

3. Metodología

3.1. Motivo de consulta

3.1.1. Motivo de consulta manifiesto.

La paciente solicita apoyo psicológico debido a que al entrar a la universidad comenzó a presentar dificultades en su atención, concentración y memoria, lo cual ha afectado su desempeño académico, lo que atribuye a aspectos emocionales resultado de sus conflictos familiares y económicos.

3.1.2. Motivo de consulta latente.

La paciente viene a psicoterapia, además de lo explícito arriba, en una búsqueda de independencia de su medio familiar, mejorar como estudiante y tolerar mejor a sus padres, especialmente a su madre.

3.2. Datos generales

1. Nombre. Camila (seudónimo).
2. Sexo. Mujer.
3. Edad. 21 años.
4. Estado civil. Soltera.
5. Escolaridad. Bachiller.
6. Ocupación. Estudiante de licenciatura.
7. Lugar de nacimiento. México, D.F.
8. Lugar de residencia. Mérida.
9. Nacionalidad. Mexicana.

10. Nivel socioeconómico. Medio bajo.

11. Religión. Cristiana.

12. Descripción física del paciente. Camila es una joven que mide aproximadamente 1.60 metros, complexión delgada, tez morena clara, cabello ondulado color castaño oscuro, ondulado, con volumen y cortado a la altura de los hombros, no utiliza maquillaje. Cara ovalada, cejas tupidas, nariz pequeña, pómulos sin resaltar y labios delgados. Viste de forma casual, sencilla y cómoda, sin ningún tipo de accesorio, usa mayormente camisetas, pantalón de mezclilla y tenis. Su postura y actitud es variable dependiendo de su estado de ánimo aunque se muestra un tanto pesimista, pasiva y entristecida poco a poco fue adquiriendo una actitud más positiva incluso optimista y muy comprometida con el proceso.

3.3. Hipótesis de trabajo como terapeuta

Depresión –la cual se define más abajo en la descripción de términos- relacionada con las dificultades de vinculación que tiene con sus figuras parentales, especialmente con su madre, afectando su memoria, concentración y atención y por consiguiente su desempeño en la escuela. Aunado a esto al parecer, la madre en especial vive depresión desde que vino a vivir a Mérida y su nivel y estilo de vida cambió radicalmente.

3.4. Objetivo general

Diseñar, implementar y evaluar una intervención psicoterapéutica con un enfoque psicoanalítico para establecer la relación entre los rasgos depresivos de la paciente, las dificultades de vinculación con las figuras parentales y el ambiente emocional de su casa que

describe como desesperanzador. Esto haciendo uso del modelo de un solo caso (González Núñez, 1997) para la realización de la investigación clínica.

3.4.1. Objetivos específicos.

1. Diseñar una intervención psicoterapéutica con enfoque psicoanalítico a fin de determinar la relación que existe entre la depresión de una joven y las dificultades de vinculación con las figuras parentales.
2. Implementar una intervención psicoterapéutica con enfoque psicoanalítico en el caso de una joven con rasgos depresivos asociados a las dificultades de vinculación con las figuras parentales.
3. Evaluar la efectividad de la intervención psicoterapéutica con enfoque psicoanalítico para disminuir los rasgos depresivos de una joven que presenta dificultades de vinculación con las figuras parentales.

3.5. Definición de términos

1. Depresión. Trastorno mental frecuente caracterizado por una sensación persistente de tristeza durante dos o más semanas, pérdida de interés o placer, poca esperanza, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio, falta de concentración y dificultades para tomar decisiones. Además, genera pérdida del interés en las actividades diarias, inhabilita el funcionamiento, dificulta el afrontamiento de la vida y afecta el desempeño en el trabajo, la escuela o en las actividades domésticas. La depresión es resultado de

estresores psicosociales tanto con componentes bioquímicos como sociales (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2012).

2. Vínculo parental. Tiene como rasgo esencial el que los dos participantes tienden a estar en mutua proximidad, y de estar separados, tarde o temprano cada uno busca al otro para restablecer la proximidad (John Bowlby, 2006). Este tema se asocia tanto a las relaciones objetales, es decir, con nuestras figuras significativas como el apego, el cual hace referencia a cualquier forma de comportamiento que propicia que una persona logre o conserve proximidad con otro individuo diferenciado o preferido, y que en general es considerado como más fuerte y sabia (John Bowlby, 1972), o bien que se mantenga a distancia si se le percibe como una figura no deseada.
3. Relación de objeto. Término usado en psicoanálisis para determinar el modo de relación del sujeto con su mundo, relación que es el resultado complejo y total de una determinada organización de la personalidad, de una aprehensión más o menos fantaseada de los objetos y de unos tipos de defensa predominantes (González Núñez y Rodríguez Cortés, 2013).
4. Juventud. Etapa del desarrollo humano que hace referencia principalmente a formar una familia, cimentar una carrera u oficio que permita la independencia y autonomía, la búsqueda de pareja, comenzar a trabajar, asumir las responsabilidades cívicas y encontrar un grupo social afín (Havighurst, 1953 citado en Craig y Baucum, 2009).

3.6. Instrumentos

1. Historia clínica psicológica. Documento que contiene información del paciente, de la manera más completa posible, sobre sus antecedentes personales y sociales, con el

propósito de proporcionar antecedentes amplios y un contexto en el cual se pueda colocar tanto al paciente como al problema. Cubre tanto la infancia como la adultez e incluye cuestiones educativas, sexuales, médicas, paterno-ambientales, religiosas y psicopatológicas (Compas y Gotlib, 2012).

2. Test de Apercepción Temática (TAT) de Bellak. Prueba proyectiva que consiste en 31 láminas acerca de las cuales se construyen narraciones que para el técnico entrenado constituye un método eficaz para el descubrimiento de determinadas emociones, sentimientos, complejos y conflictos dominantes de una persona. Su valor especial reside en su poder de revelación de las tendencias subyacentes que el sujeto o paciente no quiere o no puede admitir a causa de su índole inconsciente (Murray, 2012).
3. Sesiones psicoterapéuticas. Actividad de psicología práctica que permite adquirir información para conocer más sobre la vida del consultante, así como clarificar las cuestiones psicológicas, biológicas, psico-higiénicas y jurídicas (Dorsch, 2008).

3.7. Conceptualización del caso

Se realizó en base a la observación y la información que derive de la Historia clínica psicológica por medio de la Entrevista clínica durante las sesiones del proceso psicoterapéutico, analizando los acontecimientos de su historia de vida, así como de lo que acontece en la actualidad:

Presenta rasgos depresivos relacionados con las dificultades de vinculación que tiene con sus figuras parentales, especialmente con su madre, quienes igualmente presentan síntomas depresivos que ella ha introyectado, afectando su memoria, concentración y atención.

Desde el punto de vista psicoanalítico, la depresión reactiva, que es la que nos ocupa en este caso, es la reacción del organismo ante un suceso que al individuo le resulte traumático o difícil de superar. El factor que causa la depresión está consciente para la persona, como por ejemplo podemos citar el caso de la pérdida de la madre, o de cualquier pérdida que afecte la vida de una persona. La depresión es un tono afectivo de tristeza que puede variar desde un ligero sentimiento de minusvalía o indiferencia, hasta una predisposición extrema al suicidio en un individuo que es sacudido por algún acontecimiento adverso. Este pesar viene y reaparece de vez en vez, o no se aminora a pesar de que el tiempo ha transcurrido, prevaleciendo un sentimiento doloroso, de apatía, inercia y tristeza que impide realizar con eficacia las actividades cotidianas (González Núñez, 2013).

3.8. Técnicas psicoterapéuticas

1. Observación clínica. Método de investigación más básico y generalizado de recogida de la información que estudia a fondo la conducta, e incluye las actuaciones, comportamientos, gestos, posturas y comunicación no verbal general de la persona. Es un examen atento de objetos, sucesos y procesos dirigidos a través de una determinada metodología. La observación es un método fundamental para la obtención de datos en psicología y en el resto de las ciencias empíricas (Compas y Gotlib, 2012; Farré Martí y Lasheras, 1999).
2. Entrevista psicoterapéutica. Situación profesional que busca que el paciente encuentre alivio en sus dolencias emocionales. El clínico intenta obtener una impresión general del problema que presenta el paciente y de las variables que parecen mantener la conducta problema. Otra información que se busca incluye datos históricos relacionados, las fortalezas del paciente, así como de sus anteriores intentos para enfrentar el problema y

las expectativas del paciente acerca de la terapia. Intenta remover, modificar o retardar los síntomas existentes, a la vez que profesionalmente desea que el entrevistado promueva en sí mismo un crecimiento y desarrollo óptimo para él (Compas y Gotlib, 2012; González Núñez y Rodríguez Cortés, 2013).

3. Intervención con enfoque psicodinámico de acuerdo al modelo fundado por Sigmund Freud (1896). Algunas aportaciones de este enfoque son: el comportamiento humano puede estar gobernado por factores inconscientes; el desarrollo infantil incide sobre el funcionamiento del adulto; postula la existencia de mecanismos de defensa inconscientes contra la ansiedad y; comprende y localiza la acción del inconsciente mediante el análisis de sueños, resistencias y transferencias. La meta de la terapia es reformar la estructura del carácter trayendo a consciencia el material inconsciente. El proceso psicoterapéutico revive experiencias infantiles, en tanto que las técnicas buscan incrementar la advertencia, lograr introspecciones intelectuales y comprender el significado de los síntomas (Álvarez-Gayou, 1986).

Asimismo, González Núñez y Rodríguez Cortés (2013), también mencionan seis intervenciones psicoanalíticas en el trabajo terapéutico:

- 3.1. Preguntar: Permite aclarar los puntos confusos de las verbalizaciones. Las preguntas se deben elaborar de una manera clara, directa y neutral, no siendo de averiguación y respetando al paciente. Se debe evitar que se luzca la habilidad narcisista del terapeuta y deben de ser pertinentes.
- 3.2. Informar: Brinda sostén rápido y concreto a aquellos pacientes que necesitan un equilibrio emocional tan rápido como sea posible, minimizando y eliminando los síntomas. También tiene que ver con el encuadre, honorarios, cambios de

horario, cancelaciones, etc. La información no debe ser excesiva ni utilizar términos técnicos. Se utiliza en las intervenciones de apoyo.

- 3.3. Reflejar: Consiste en comunicar al paciente lo que se observa de él o lo que siente. Ésta intervención se utiliza como forma de apoyo cuando se ayuda al paciente a identificar sus propios sentimientos.
- 3.4. Recapitular: Se utiliza principalmente en las psicoterapias dinámicas breves con tiempo limitado. Son útiles en momentos de crisis ya que hacer una recapitulación proporciona estructura y apoyo provisional, permite al paciente establecer relaciones de causa-efecto favoreciendo su capacidad de juicio.
- 3.5. Establecer conexiones: Consiste en que el paciente aprenda a conectar sus afectos con el material, su vida infantil con su conducta actual o insights de otras sesiones y establecer conexiones del origen de sus problemas quedándole clara la conexión que hay de su conducta repetitiva y así promover el cambio.
- 3.6. Sugerir: Ésta intervención también corresponde a las técnicas de apoyo y puede ser el inicio de un insight, sin embargo, es mejor tener cuidado y no sugerir o expresar los puntos de vista personales pues la sugerencia lleva a la sugestión.

De igual manera se pretende trabajar el análisis de la transferencia de la paciente pues por medio de ella se podrán descubrir impulsos, actitudes, fantasías y defensas del sujeto con el fin de lograr el insight y evitar la repetición de los mismos patrones perjudiciales para su meta terapéutica (Greenson, 2004).

3.9. Evaluación del proceso

Después de 48 sesiones se hizo el análisis de éstas a través de la evaluación de las hipótesis planteadas y el tratamiento realizado por medio de un análisis individual de las

sesiones psicoterapéuticas enmarcado lo más significativo de cada una para después hacer una integración de resultados, lo cual se presenta al final de este trabajo

3.10. Diseño de intervención

3.10.1. Objetivo general de intervención.

Reparar la vinculación que tiene con sus figuras parentales, especialmente con su madre, a fin de disminuir los rasgos depresivos, fortalecer la independencia, autoestima y motivación al logro de la paciente, lo que a su vez se espera que repercuta positivamente en su vida académica y sus relaciones sociales y evitar, en lo posible, que su ambiente familiar no le afecte en el logro de sus metas.

3.10.2. Objetivos específicos de intervención.

1. Lograr la percepción de los padres como objetos humanos, su totalización y por ende mejorar el vínculo con ellos.
2. Disminuir los rasgos depresivos y de ser posible eliminarlos.
3. Movilizar el Yo hacia la consecución del ideal, evitando así la compulsión a la repetición.
4. Percepción de sí misma como una adulta joven y no como una niña dependiente.
5. Fortalecer su autoestima y su motivación de logro.

3.10.3. Fases de intervención.

F1. Rapport y Alianza terapéutica.

F2. Identificación y análisis de rasgos depresivos.

F3. Conocimiento y análisis de vínculos y relaciones objetales.

F4. Características orales-dependientes.

F5. Reparación de vínculos parentales.

F6. Fortalecimiento de la independencia y la motivación al logro.

F7. Cierre

3.10.4. Diseño de psicoterapia.

Tabla 1

Diseño de la psicoterapia

Factor terapéutico	Objetivo de la sesión	Dinámica/Técnica, instrumento	Fase/Sesiones
Diagnóstico (rapport, alianza terapéutica, motivo de consulta e historia clínica)	Establecer rapport para la alianza terapéutica. Establecer primeras hipótesis sobre el diagnóstico inicial y motivos latentes.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrevista semiestructurada. ▪ Observación clínica. ▪ Historia clínica. ▪ Sesiones psicoterapéuticas 	F1/ 5 sesiones
Dx e Intervención Rasgos depresivos	Identificar los rasgos depresivos y analizar el origen de estos.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observación clínica. ▪ Historia clínica. ▪ Sesiones psicoterapéuticas ▪ Técnicas psicoanalíticas: asociación libre, preguntar, informar, reflejar, recapitular, establecer conexiones, sugerir, aclaración, confrontación, interpretación, traslaboración, análisis de transferencia. 	F2/ 4 sesiones
Dx e Intervención Vínculo con el padre	Analizar la relación con el padre para propiciar una toma de conciencia acerca de su vinculación con la figura paterna.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observación clínica. ▪ Historia clínica. ▪ Sesiones psicoterapéuticas ▪ TAT. ▪ Técnicas psicoanalíticas: asociación libre, preguntar, informar, reflejar, recapitular, establecer conexiones, sugerir, aclaración, confrontación, interpretación, traslaboración, análisis de transferencia. 	F3/ 3 sesiones

Factor terapéutico	Objetivo de la sesión	Dinámica/Técnica, instrumento	Fase/Sesiones
Dx e Intervención Vínculo con la madre	Analizar la relación con la madre para propiciar una toma de conciencia acerca de su vinculación con la figura materna.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observación clínica. ▪ Historia clínica. ▪ Sesiones psicoterapéuticas ▪ TAT. Técnicas psicoanalíticas: asociación libre, preguntar, informar, reflejar, recapitular, establecer conexiones, sugerir, aclaración, confrontación, interpretación, traslaboración, análisis de transferencia.	F3/ 5 sesiones
Dx e Intervención Características orales	Trabajar las características orales de la paciente para que las atenúe o bien, las haga más adaptativas y funcionales.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observación clínica. ▪ Historia clínica. ▪ Sesiones psicoterapéuticas ▪ Técnicas psicoanalíticas: asociación libre, preguntar, informar, reflejar, recapitular, establecer conexiones, sugerir, aclaración, confrontación, interpretación, traslaboración, análisis de transferencia. 	F4/ 8 sesiones
Dx e Intervención Reparación del vínculo	Reparación de las relaciones objetales y la vinculación con sus figuras parentales, en especial con la madre, para disminuir los rasgos depresivos.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observación clínica. ▪ Historia clínica. ▪ Sesiones psicoterapéuticas ▪ Técnicas psicoanalíticas: asociación libre, preguntar, informar, reflejar, recapitular, establecer conexiones, sugerir, aclaración, confrontación, interpretación, traslaboración, análisis de transferencia. 	F5/ 15 sesiones
	Fortalecer la autoestima y motivación al logro para favorecer la consecución del ideal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observación clínica. ▪ Historia clínica. ▪ Sesiones psicoterapéuticas ▪ Técnicas psicoanalíticas: asociación libre, preguntar, 	

Factor terapéutico	Objetivo de la sesión	Dinámica/Técnica, instrumento	Fase/Sesiones
Dx e Intervención Independencia y Motivación al logro	del Yo y evitar la compulsión a la repetición.	informar, reflejar,recapitular, establecer conexiones, sugerir, aclaración, confrontación, interpretación, traslaboración, análisis de transferencia.	F6/ 8 sesiones
Cierre	Afianzar sus vínculos y relaciones objetales, su autoestima, independencia, motivación al logro y sus nuevos recursos Yoicos, para consolidar en la paciente una mejor calidad de vida.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observación clínica. ▪ Sesiones psicoterapéuticas ▪ Técnicas psicoanalíticas: asociación libre, preguntar, informar, reflejar, recapitular, establecer conexiones, sugerir, aclaración, confrontación, interpretación, traslaboración, análisis de transferencia. 	F7/ 5 sesiones

NOTA ACLARATORIA: ESTE ES UN ESQUEMA QUE PRESENTA LOS PRINCIPALES EJES TEMÁTICOS QUE SE TRABAJARON ACORDE A LAS METAS TERAPÉUTICAS, NO IMPLICA UN ORDEN DE LAS SESIONES DE CARÁCTER RÍGIDO; NO OBSTANTE CLARIFICA LOS OBJETIVOS Y METAS TERAPÉUTICAS, LOS CUALES SON ABORDADOS EN EL ORDEN EN QUE SE FUERON DANDO EN LAS SESIONES QUE ACONTINUACIÓN SE EXPONEN EN LOS RESULTADOS (CAPÍTULO 4).

4. Resultados

Los resultados que a continuación se presentan están basados en los instrumentos y técnicas ya planteados.

4.1. Historia clínica psicológica

1. Datos de identificación.
 - a. Nombre. Camila (seudónimo).
 - b. Sexo. Mujer.
 - c. Edad. 21 años.
 - d. Estado civil. Soltera.
 - e. Escolaridad. Bachiller.
 - f. Ocupación. Estudiante.
 - g. Lugar de nacimiento. México, D.F.
 - h. Lugar de residencia. Mérida.
 - i. Nacionalidad. Mexicana.
 - j. Nivel socioeconómico. Bajo.
 - k. Religión. Cristiana.
 - l. Referido por: Ella misma.
 - m. Fecha de inicio de la evaluación: 29/08/14.
 - n. Fuente de información: Ella misma.

2. Descripción de la paciente.

Camila es una joven de complexión delgada, mide aproximadamente 1.60 metros y viste de forma casual, sencilla y cómoda, sin ningún tipo de accesorio, usa mayormente camisetas, pantalón de mezclilla y tenis. Su actitud y postura durante las sesiones son variables dependiendo de su estado de ánimo aunque se muestra un tanto pesimista, pasiva y entristecida poco a poco fue adquiriendo una actitud más positiva incluso optimista y muy comprometida con el proceso.

3. Motivo de consulta.

- a. Motivo de consulta manifiesto. La paciente solicita apoyo psicológico debido a que al entrar a la universidad comenzó a presentar dificultades en su atención, concentración y memoria, lo cual ha afectado su desempeño académico lo cual atribuye a aspectos emocionales resultado de sus conflictos familiares y económicos.
- b. Motivo de consulta latente. La paciente viene a psicoterapia, además de lo explícito arriba, en una búsqueda de independencia de su medio familiar, mejorar como estudiante y tolerar mejor a sus padres, especialmente a su madre, y encontrar la motivación suficiente para autorrealizarse.

4. Antecedentes del problema de la paciente.

Sus primeros años los vivió en México D.F., donde menciona vivían cómodamente y sin necesidades económicas debido a que sus dos padres trabajaban, su papá como valuador de casas y su mamá como maestra de kínder. Pasaba mucho tiempo en casa de su abuela materna donde también convivía con sus hermanos y sus primos. Cuando ella tenía nueve años, y al ser víctimas de un robo en su casa, sus papás deciden mudarse a Mérida, en donde la situación

b) Descripción breve de las relaciones familiares.

Con su padre tiene una relación distante, sin embargo lo percibe como un hombre trabajador que hace grandes esfuerzos para conseguir recursos para su familia, aunque para ella él podría hacer más para ayudarlos. Considera que él hace más intentos para unirlos, en especial a la hora de la comida.

En lo referente a su relación con su madre, es distante y conflictiva pues considera que no lleva recursos a su casa, aunque sí se asegura de que los recursos le alcancen para la comida y los demás gastos. No percibe que comparta la alegría al conseguir sus logros y les cuesta trabajo expresarse cariño entre ellas.

Considera que su hermano más grande es el miembro de su familia con quien es más cercana, lo percibe como un hombre muy independiente, listo y trabajador a quien le ha costado mucho trabajo cumplir con sus sueños y metas, cosa que la hace sentirse muy orgullosa de él. Con su otro hermano, de 22 años, tiene una relación distante debido a que convive poco con él principalmente porque pasa poco tiempo en su casa y dedica gran parte de su tiempo a estudiar y a hacer algunos trabajos para conseguir dinero para él, aunque ella considera que muchas veces escapa de los problemas.

6. Desarrollo.

La paciente es la tercera y última hija de sus padres. Proviene de un embarazo no planeado, e incluso menciona que sus papás habían considerado el aborto debido a que en ese momento tenían algunas necesidades económicas. Al final decidieron continuar con el embarazo y al nacer tuvo complicaciones respiratorias que casi la hacen perder la vida. Ante esto, su mamá le pidió a Dios que le permitiera quedársela pues a pesar de todo la quería mucho.

A los nueve años Camila y su familia vinieron a vivir a Mérida debido a que les habían robado en su casa y se habían llevado su coche lo cual afectó mucho a sus padres. Al mudarse, comenzaron los problemas entre sus padres y los problemas económicos. Ella y sus hermanos fueron a escuelas privadas con los ahorros de los padres por un año, donde recuerda tenía pocos amigos y nunca logró adaptarse totalmente, pero luego no pudieron continuar pagándolas así que se cambiaron a escuelas públicas, donde se sintió más a gusto que en su escuela anterior.

Cuando se encontraba en tercero de secundaria los conflictos entre sus papás los llevaron a considerar divorciarse, esto causó en ella una gran tristeza e incluso menciona que ha sido de los momentos más difíciles a los que se ha tenido que enfrentar y que eso afectó un tiempo su desempeño académico. Ellos decidieron permanecer juntos, aunque seguían discutiendo constantemente por las necesidades económicas y por el deseo de su madre de regresar al D.F.

Al entrar a la preparatoria, ella y sus papás deciden unirse a una congregación, lo cual de acuerdo con ella ayuda a calmar las cosas en su casa, aunque los roces entre sus padres seguían sucediendo. Es en estos tiempos también, cuando escucha decir a su madre que había pensado en abortarla, sin embargo cuando nació y estuvo a punto de morir, le pidió a Dios que le permitiera quedarse con su hija porque realmente la quería mucho.

Después de dos años de pertenecer al grupo religioso, conoce a una pareja que la adoptan simbólicamente como a una hija. Esta pareja de esposos quienes han adoptado a dos de las jóvenes del grupo religioso además de a ella, se han encargado de guiarla, aconsejarla, animarla y de darle el afecto que tanto ha necesitado. Sus padres están muy agradecidos con ellos por lo que han hecho por su hija, sin embargo, sienten celos del cariño y el tiempo que ella pasa con ellos.

Nunca tuvo problemas de sueño, incluso menciona que hasta ahora está acostumbrada a dormir ocho horas, pues si no lo hace se siente cansada durante el día. No presentó ni presenta dificultades motrices ni de lenguaje.

Sus dificultades de memoria, atención y concentración comenzaron durante su ingreso a la facultad, cosa que ella relaciona más con situaciones emocionales ya que antes de este momento no había tenido ningún problema al respecto.

7. Escolaridad.

Cuando estaba en México estudió en preescolares y los primeros años de la primaria en una escuela privada donde se desempeñó adecuadamente. Al mudarse a Mérida, ella y sus hermanos acudieron en un inicio a una primaria privada donde sus compañeros se burlaban de ella, sin embargo, un año después sus padres no podían pagarla por lo que consideraron cambiarla a una escuela pública. No acudió una semana a clases y al final regresó a terminar el año escolar a la escuela privada a la que acudía.

Posteriormente se cambió a una primaria pública que recuerda como una casa de dos pisos con pocos alumnos. Ahí le fue bien académicamente y pudo relacionarse adecuadamente con sus compañeros. Al terminar la primaria, entró a una secundaria y posteriormente a una preparatoria pública, donde igualmente tuvo un desempeño académico adecuado. Al entrar a la facultad comenzó a detectar dificultades de memoria, atención y concentración, situación que la llevó a solicitar apoyo psicológico.

8. Entorno social y cultural.

Ella nació en el D.F., lugar donde estaba acostumbrada a convivir constantemente con su familia extensa. Al mudarse a Mérida sus padres comenzaron a tener necesidades

económicas y conflictos constantes. Le costó trabajo adaptarse a la escuela pues durante la primaria la molestaban y se burlaban de ella.

Al entrar a la preparatoria decidió unirse a un grupo de jóvenes en la congregación cristiana a la que aún asiste. Ahí le enseñan muchos valores como el respeto, la ayuda constante a los otros, además de que cumple con su necesidad de pertenencia y le brinda un espacio social.

9. Pareja.

La paciente nunca ha tenido pareja y mencionó que no es una prioridad para ella en este momento ya que está enfocada mejorar su desempeño académico. Sin embargo, si espera que en el futuro pueda encontrar a un hombre trabajador y amoroso con quien pueda compartir su vida, así como poder ejercer su profesión y poder hacer aportaciones económicas a su nueva familia.

10. Sexualidad.

Camila está claramente identificada con el género femenino a pesar de que a lo largo de su vida escolar recibió muchas críticas de sus pares debido a que convivía más con los niños que con las niñas, además de que jugaba de forma brusca como sus hermanos. Igualmente es clara la admiración y amor que a pesar de su enojo siente hacia su padre, y a su vez, se ha identificado con su madre y ha adquirido algunas de sus conductas, una de las cuales le ha afectado en el sentido de que la ha llevado a un estancamiento parecido al que ella está viviendo y a pedirle a su padre que haga esfuerzos extras para conseguir recursos para la familia. Además de lo anterior, espera que en un futuro ella pueda encontrar a un hombre que la quiera y sea tan trabajador como su padre.

11. Salud.

No padece ninguna enfermedad crónica ni necesita tomar algún medicamento. Al nacer presentó problemas respiratorios y casi pierde la vida, sin embargo en el presente no causó repercusiones físicas. Nunca había recibido apoyo psicológico ni ha necesitado atención psiquiátrica. Actualmente presenta dificultades de atención, memoria y concentración.

12. Diagnóstico y tratamiento.

- a) Impresión diagnóstica. Presenta síntomas depresivos relacionados con las dificultades de vinculación que tiene con sus figuras parentales, especialmente con su madre, quienes igualmente presentan síntomas depresivos que ella ha introyectado, afectando su memoria, concentración y atención.
- b) Fortalezas y recursos. Camila cuenta con buena capacidad reflexiva y de Insight, una actitud positiva y optimista para movilizarse del estancamiento en el que se encuentra, compromiso con el proceso psicoterapéutico, le gusta la carrera que está estudiando y considera que sus esfuerzos valen la pena, además de que cuenta con una familia ideal que la ha adoptado y han cubierto las necesidades de afecto que sus padres no pudieron llenar debido a la depresión en la que se encuentran, además de que la pertenencia a un grupo religioso le ha brindado una red social donde siente que pertenece y le permite adquirir y poner a prueba sus habilidades.
- c) Línea de trabajo y estrategia terapéutica. Se usa como línea de trabajo la psicoterapia psicodinámica y como estrategias terapéuticas se trabaja con la reparación del vínculo con sus figuras parentales, especialmente con su madre, para disminuir sus rasgos depresivos y mejore su desempeño académico y sus relaciones sociales.
- d) Pronóstico. Favorable a mediano y largo plazo.

4.2. Sesiones psicoterapéuticas

Sesión 1

Fecha de la sesión: 29 de agosto de 2014

*"Mi memoria y concentración están cada vez están peor,
pero creo que tiene que ver con los problemas que hay en mi casa"*

Durante esta primera sesión se comenzó explicándole cómo funciona la atención psicológica en la Institución a la que acude, y se le leyeron los documentos que dicha institución tiene como requisito para brindar sus servicios: el contrato de atención psicológica, los derechos del cliente y el consentimiento informado. Dichos documentos mencionan los compromisos y derechos que se adquieren al asistir a un proceso psicoterapéutico. Una vez aclaradas sus dudas firmó los documentos citados.

Posteriormente comenzó hablando sobre cómo está integrada su familia, a qué se dedican sus papás y la dinámica diaria que se lleva a cabo en su casa. No considera que en su familia haya una relación distante, sin embargo comenta que pasan poco tiempo juntos porque el papá trabaja doble turno y sus hermanos pasan mucho tiempo en su cuarto.

Por otro lado, mencionó que en el grupo religioso al que asiste conoció a una pareja de esposos que habían adoptado de palabra a una de sus amigas. Le dijeron que también la adoptaban a ella y que podría visitarlos cuando quisiera, al suceder esto, su amiga se molestó y se alejó de ellos. Camila pasa de seis a siete días a la semana con ellos durante el día.

En cuanto a su motivo de consulta plantea que le gustaría poder desempeñarse mejor académicamente pues desde que entró a la facultad ha tenido problemas de concentración y tarda mucho tiempo en estudiar y hacer sus tareas, menciona que esto está posiblemente relacionado con los problemas emocionales y económicos derivados de su vida en familia ya

que anteriormente no había tenido ningún problema, e incluso en la prepa tenía buenas calificaciones; mi memoria y concentración están cada vez están peor pero creo que tiene que ver con los problemas que hay en mi casa

Análisis de la sesión.

Al analizar su motivo de consulta se observa la paciente destaca que la relación que tiene con sus padres y hermanos es un tanto distante y que incluso tiene una “familia adoptiva” con la que pasa gran parte del tiempo. Manifiesta tener dificultades escolares que relaciona con sus problemas familiares de modo que se decidió indagar más al respecto en la siguiente sesión.

Sesiones 2 y 3

Fecha de las sesiones: 5 de septiembre de 2014 – 12 de septiembre de 2014

*“A veces comparo a mis dos familias
y eso no me gusta, pero no puedo evitarlo”*

Esta sesión se dedicó a indagar más sobre sus vínculos familiares y debido a que hablaba poco se hizo uso de una técnica proyectiva en donde se le dio margen a que proyectara su percepción acerca de sus dos familias (la real o biológica y la que la adoptó informalmente). Se le pidió relacionar a cada uno de los integrantes de estas dos familias con un animal. La paciente pudo así brindar más información de ellos, sus características, vínculos, afectos, ventajas y desventajas de cada una, etc... Posibilitando esto el diálogo analítico en la sesión.

Mencionó que su papá es un búho, pues es observador y cuida a su familia. Su mamá un gato, ya que se queda en casa, pocas veces sale y es protectora de su familia. Su hermano más grande es una hormiga porque es inteligente (característica que más admira en él) y muy

trabajador. Su otro hermano es una paloma, ya que le gusta ser libre y escapar de los problemas que se presentan en su casa. Su padre adoptivo es un oso pues es imponente, protector y trabajador y su mamá adoptiva es un colibrí, por su capacidad de volar y ser trabajadora. Ella dijo ser un delfín, debido a que lo considera muy listo, que a veces se esconde en el mar y le gusta ayudar a otros, además de que es tímida y se le dificulta conocer personas nuevas.

Dijo que en conjunto a esos animales (los de su familia de origen), le cuesta trabajo convivir y el que se esfuerza por lograrlo es su papá y les pide, por ejemplo, que coman juntos. Los percibe con serias dificultades económicas y cierta tristeza especialmente a la madre.

Antes de finalizar la sesión mencionó que a veces no podía evitar comparar a sus dos familias, cosa que le genera culpa, sin embargo, ahora se daba cuenta de que cada una tiene cosas positivas y pueden complementarse y aportar cosas buenas a su vida.

Análisis de las sesiones.

Se observa que Camila percibe a dos familias: una familia real y una ideal quien cubre sus necesidades de afecto y tienen las características que le gustaría tuvieran su familia de origen. También, aunque transita por la etapa genital por edad, sus problemas son de carácter oral, se muestra carente, muy necesitada de recibir protección y apoyo por parte de sus padres a quienes percibe un tanto carentes, como consecuencia su tránsito por la etapa edípica también muestra dificultades (relacionadas con el pobre empuje que tiene para competir y ganar en el terreno académico) y por ende en la latencia (aprender a aprender y ganar por sus habilidades), todo esto se relaciona con sus dificultades de concentración, memoria y atención. Además de que se nos plantea indagar sobre si estas dificultades tienen una causa cognitiva o emocional.

Sesión 4**Fecha de la sesión: 19 de septiembre de 2014**

“Tengo miedo de no poder porque mi memoria y concentración no mejoran”

La paciente llegó diciendo que quería hablar de algo específico en esta sesión, ya que quería tomar una decisión sobre qué hacer. Dijo que había visto una convocatoria para irse un mes a estudiar inglés a Estados Unidos. Se analizaron los pros y contras de ir y, entre los beneficios que tendría estaría la oportunidad de mejorar su inglés para irse de intercambio en semestres futuros a otra universidad. Por otro lado, tiene miedo de que las dificultades de concentración que ha tenido pudieran afectarle, aunque tiene la disposición de dedicarse totalmente a estudiar y de buscar ayuda para hacerlo si fuera necesario. Al finalizar dijo sentirse menos ansiosa al poder hablar de este tema y dijo estar decidida a investigar más al respecto y aplicar para la beca ya que se hizo ver que si hasta la prepa ella tuvo un buen desempeño, si se esforzaba por dejar salir sus recursos, podría lograrlo.

Análisis de la sesión.

Se reconoció el intento que está haciendo por tener una nueva experiencia académica y que había que animarla pues podría tener un buen aprendizaje personal de esta experiencia ya que anteriormente tuvo un buen desempeño, aunque también se consideró el prepararla por si no obtenía la beca de modo que no se diera por vencida y en ese momento conozca otras opciones de superación académica en principio mejorando en su propia facultad. Se deduce que está pasando por un período un tanto deprimida lo cual afecta su atención y concentración.

Sesiones de la 5 a la 7**Fecha de las sesiones: 26 de septiembre de 2014 a 10 de octubre de 2014**

“Todo cambió cuando venimos a Mérida,
y con el tiempo todos comenzamos a conformarnos”

Se dedicó la sesión a hablar sobre su vida en el D.F, donde residió hasta los nueve años. Considera que antes de mudarse su papá era muy cariñoso, consentidor y les compraba muchas cosas debido a que no tenían dificultades económicas; su mamá era trabajadora, cuidaba de ellos y aunque no fue cariñosa, dice que lo comprende pues su abuela nunca le expresó cariño a su madre.

Posteriormente mencionó que vinieron a vivir a Mérida debido a que les habían robado en su casa y se habían llevado su coche lo cual les afectó mucho; los padres se sintieron muy vulnerables e inseguros a partir de este evento. Por otra parte ya conocían la ciudad Mérida pues una de las hermanas de su papá vive aquí y decidieron mudarse porque la consideran una ciudad tranquila y segura. Sus papás no tenían empleo al llegar, por lo que su papá, al no encontrar empleo como valuador bancario de vivienda ya que es arquitecto, profesión en la que tenía amplia experiencia, aceptó empleo en la Alianza de Camioneros como mapeador de rutas de camiones con un bajo ingreso. Su mamá buscó trabajo pero dijo que no lo consiguió pues no era de Mérida y no era joven. Al mudarse, comenzaron los problemas entre sus padres y los problemas económicos. Todo cambió cuando venimos a Mérida, y con el tiempo todos comenzamos a conformarnos

Ella y sus hermanos fueron a escuelas privadas con los ahorros de los padres por un año pero luego no pudieron continuar pagándolas, así que se cambiaron a escuelas públicas. Dijo que a ella le costó menos trabajo adaptarse que a sus hermanos, quienes además de estudiar tenían que trabajar. Mencionó que su mamá aún no ha podido adaptarse al cambio, y

al principio lloraba todo el tiempo y decía constantemente que quería regresar al D.F. La relación entre sus padres se tornó difícil, por lo que consideraron separarse, cosa que le afectó mucho y sus calificaciones bajaron. Luego entraron todos a una congregación religiosa cristiana y las cosas mejoraron en casa; ahí conoció a los que considera sus padres adoptivos.

Menciona que actualmente se da cuenta de que tanto ella como sus familiares se han conformado con la situación que viven desde que llegaron a Mérida y esto la hace estar enojada con sus padres y dijo que cada miembro de su familia había tenido diferentes formas de hacer frente a la situación que viven en casa, de modo que poco a poco se afectó la comunicación y relación familiar hasta la actualidad.

Análisis de las sesiones.

Se llega a la conclusión de que sus padres se encuentran deprimidos debido a la pérdida de identidad (profesional, socioeconómica, cultural) que sufrieron después de haberse mudado, cosa que había afectado a toda la familia y a la relación que tiene Camila con ellos. De modo que se trabajaría con ella haciendo uso de las aportaciones de los teóricos del vínculo John Bowlby, Melanie Klein y Margaret Mahler para que recupere sus vínculos tanto en la totalización de sus objetos como en el logro de una sana individuación y un apego más seguro.

Se analiza la conducta de sus padres y cómo la han afectado y se decidió continuar trabajando en torno a este tema para promover en ella la totalización de sus objetos, como ya se mencionó. Por lo tanto, se tomó la decisión de continuar hablando con ella al respecto pero tratando de hacerle ver que sus papás son humanos y que le dan lo que está dentro de sus posibilidades.

Se considera que estas tres sesiones son fundamentales para comprenderá las causas de la problemática actual lo cual permite afinar el diagnóstico y puntualizar las metas terapéuticas.

Sesiones 8-12**Fecha de las sesiones: 17 de octubre de 2014 – 24 de octubre de 2014**

“Creo que nadie se preocupa por mí... sólo una amiga”

Estas sesiones se dedicaron a explorar las dificultades de concentración, pues había tenido exámenes y no estaba conforme con su resultado académico, además de que consideraba se había tardado mucho estudiando, aproximadamente seis horas, ya que constantemente tenía que releer y no se considera buena haciendo resúmenes por su temor a no tomar en cuenta algo que pueda salir en el examen. De igual forma, mientras lee a veces piensa en sus problemas personales o en otros deberes que no ha podido terminar.

Estudiar tiene gran importancia para ella ya que en el futuro le gustaría “ser una buena psicóloga para ayudar a los demás”, no obstante durante las sesiones se dio cuenta de que la mayor parte del tiempo su felicidad ha estado relacionada a los otros y en brindarles algún tipo de ayuda o apoyo, y casi no se ha preocupado por sí misma lo cual es también importante. Considera que nadie se preocupa por ella, solamente una de sus amigas. Al avanzar en las sesiones atribuyó esto a que prefiere hacer lo que los demás le piden para no alterar nada y que nadie se moleste o se sienta mal por algún error que ella pueda llegar a cometer o incluso para no esforzarse de más, dándose cuenta de que se estaba volviendo conformista.

Por otro lado, mencionó que hace un par de años se había enterado de que su mamá había considerado abortarla y esto lo relaciona con las constantes diferencias que ésta hace entre ella y sus hermanos. Destacó que eso siempre la había hecho pensar que su madre no la quería, pero después de haber hablado con ella al respecto y apoyarla en la reparación del vínculo materno tomó clara consciencia de que su mamá estaba en un momento difícil y a pesar de eso decidió tenerla, y de que actualmente se preocupa por ella e incluso a veces es sobreprotectora.

Análisis de las sesiones.

En estas sesiones se reafirmó la idea de que su bajo desempeño académico es producto de la baja concentración y dificultades en su memoria a largo plazo y, en buena medida, debido a la tristeza y el enojo que siente hacia sus padres, en especial por su madre, a lo cual le invierte mucha energía psíquica y también por la expectativa de que la suya se parezcan más a su familia ideal en cuanto a brindarle afecto, cuidados así como ser trabajadores y proactivos. También se hizo evidente el poco afecto que percibe de sus figuras parentales, sintiéndose muchas veces sola y únicamente querida por una de sus amigas, lo cual se relaciona con su miedo a equivocarse y con la inseguridad y conductas obsesivas que ha mostrado tanto al momento de estudiar como en sus relaciones interpersonales, pues teme que de hacer algo mal las personas cercanas a ella podrían alejarse. Es significativo que no mencione a su “familia ideal” como parte de las personas que la quieren sino solamente a una amiga.

A pesar de lo anterior, su adecuada capacidad de Insight fue fundamental en estas sesiones ya que comenzó a considerar la historia de vida de sus padres mientras analizaba los sentimientos que tiene hacia ellos y los motivos que tienen para actuar como lo hacen, llegando incluso a percibir aspectos positivos de su madre, cosa que no había mencionado en sesiones anteriores y que favorece la totalización de sus objetos.

Por otro lado, su motivación para estudiar es más bien externa guiada en buena medida por su deseo de agradar, por un superyó en donde su propia autorrealización es cuestionable hasta cierto punto, ya que le gustaría ser psicóloga para ayudar a los demás como a ella le gustaría ser ayudada (proyectivamente), tiende a ser una persona servicial y poco egoísta, cualidades que son valoradas por ella y constantemente reforzadas en el grupo religioso al que pertenece. Es decir, quiere hacer felices a los demás pero está poco preocupada en que esto la incluya. Aunado a esto se encuentra el que no ha encontrado un método de estudio que la

ayude a estudiar de forma más eficiente, y a que, debido a su inseguridad, ha presentado conductas obsesivas como preguntar a sus compañeras cada una de sus respuestas antes de seguir haciendo su tarea o poder estudiar para algún examen.

Sesiones 10-16

Fecha de las sesiones: 31 de octubre de 2014 - 12 de diciembre de 2014

“Ya no siento culpa de hacer cosas para mí y no todo el tiempo tengo que hacer lo que los demás dicen”

“Me siento bien porque he descubierto que ya no siento tanto enojo hacía mi mamá porque ya la entiendo un poco más. Tampoco me siento tan molesta con mi familia pues entiendo que la situación que vivimos nos afectó a todos, nos volvió conformistas y cada uno hizo lo que pudo para salir adelante”.

Se le aplicó una de las láminas del TAT (muchacha de campo) (Ver Anexo 1) para que por medio de la proyección se obtuviera más información respecto a su desempeño académico y a su relación con sus padres. Pudo relacionar fácilmente la historia que hizo con lo que estaba viviendo y al contrastar los deseos frustrados de su madre con los que ella había plasmado en su historia para sí misma los cuales incluyen estudiar y ser una psicóloga exitosa, casarse y tener tres hijos, dijo darse cuenta de que su madre había perdido muchas cosas y no pudo cumplir sus sueños, cosa que la pone un poco triste porque si ella no pudiera lograr su sueño de ser una psicóloga exitosa no sabría cómo sentirse temiendo llegar a vivir la frustración de su mamá. Posteriormente dijo sentirse bien porque había descubierto que ya no siente tanto enojo hacía su mamá porque ya la entendía un poco más y comenzaba a sentirse motivada a comenzar a pensar en las metas y sueños que ha dejado de lado a lo largo del tiempo, como tocar un instrumento o participar en actividades nuevas.

A partir de la aplicación de la lámina del TAT y de la retroalimentación que se le dio reportó mejoría al estudiar, ya no se presionaba ni se preocupaba demasiado, las calificaciones de sus exámenes mejoraron y había tomado consciencia muchas cosas de sí misma que la ayudaban a tratar de entender mejor a su mamá. Comprendió que debería comenzar a priorizar sus actividades y esforzarse por lo que ella realmente quiere, así que retomó sus clases de bajo y, a pesar de que le daba miedo, quería intentar trabajar con un grupo de adolescentes ya que siempre ha trabajado con niños.

En cuanto a su familia en general, dijo ya no sentirse tan molesta con ellos, pues entendía que la situación que habían vivido los afectó a todos, los había vuelto conformistas y cada uno hizo lo que pudo para salir adelante. Dijo que darse cuenta de esto y hacer algo al respecto le había costado mucho trabajo, por lo que entendía que a los demás les tomaría mucho tiempo hacerlo. De igual forma, dijo que comenzaba a notar sus aspectos positivos, no se percibía tan conformista como antes y no siente culpa por hacer cosas para ella misma pues entendió que no todo el tiempo tiene que hacer lo que los demás esperan.

Análisis de la sesiones.

A partir de la aplicación de la lámina del TAT y al haber analizado la historia junto con ella, hay una toma de consciencia inicial en la que se percibe a sí misma como una menor dependiente de sus padres y espera que, particularmente su papá la salve y haga esfuerzos extras para obtener recursos y ella pueda estudiar, lo cual la lleva a un Insight en el cual percibe que una compulsión a la repetición pues está actuando de la misma forma en la que lo hace su madre. Asimismo cuando ella comparó los deseos frustrados que su madre no pudo cumplir con los propios, comenzó a darse cuenta de que estaba cayendo en el estancamiento que tanto le ha criticado de su madre, es decir en la repetición por introyección de las mismas conductas de pasividad y conformismo. Esto repercutió en que quiera pensar más en ella y en

lo que tiene que hacer para cumplir con las metas que se ha planteado favoreciendo la percepción de sus recursos y comenzará a cambiar su idea de que si hace algo para ella misma estaba siendo egoísta pues no beneficiaba a los demás y por lo tanto incorporando su propia autorrealización y por lo tanto un superyó más positivo.

Sesiones 17-21

Fecha de las sesiones: 13 de febrero de 2015 - 13 de marzo de 2015

“Cuando era pequeña uno de mis primos abusó de mí, se lo dije a mi mamá y ella no hizo nada. Me sentí abandonada y sin protección, a lo mejor por eso tengo tanto temor e inseguridad”

“Tengo miedo de equivocarme, de que mi otra familia se decepcione de mí y se alejen”

En estas sesiones Camila mencionó que estaba contenta porque no solamente pasó el semestre, sino que consiguió que todas sus calificaciones estuvieran en un promedio de 90. Además estuvo trabajando en expresar verbalmente sus sentimientos y pensamientos, y en tomar decisiones por ella misma y no para quedar bien con los demás. También dijo que estaba pensando si aceptaba trabajar con el grupo de jóvenes, y aunque si quería hacerlo consideró que le llevaría mucho tiempo y podría atrasarse en sus tareas. A pesar de que decidió no participar, de cierta forma lo percibía como un avance porque en otro momento hubiera dicho que sí solo para complacer a su otra familia, y esta vez decidió pensar en ella misma y en su beneficio a largo plazo.

Por otro lado, manifestó que era importante trabajar en su seguridad y su miedo a equivocarse pues teme que su otra familia se decepcione de ella y se aleje. Se ha dado cuenta de que cuando algo le preocupa empieza teniendo mucha ansiedad y temor a equivocarse, se culpa y piensa que las personas ya no la van a tener en buen concepto y se molestarán con ella.

Dijo que creía saber de dónde venía este sentimiento, y sus ojos comenzaron a lagrimar mientras decía que notaba como se relacionaba con el hecho de que cuando era pequeña uno de sus primos había abusado de ella y al decírselo a su mamá ésta no hizo nada. Mencionó haberse sentido abandonada y sin protección, y que a lo mejor por eso tenía tanto temor e inseguridad. El tema jamás se trató en casa y la única solución fue que su primo fuera con el psicólogo, incluso mencionó que es de los pocos recuerdos que tiene de cuando vivía en México.

Posteriormente dijo que cuando llegó a Mérida tuvo un desempeño académico adecuado pero socialmente no podía adaptarse. Cuando estaba en secundaria comenzó a llevarse mejor con sus compañeros y académicamente le iba bien. Fue hasta finales de la preparatoria cuando comenzó a disminuir su desempeño académico, lo cual coincide con el momento en el que comenzó a recordar lo sucedido con su primo. Entró a la universidad y su desempeño empeoró. Cuando estaba en primer año de carrera le contó a su “otra mamá” lo sucedido porque su primo iba a venir a Mérida y ésta le aconsejó decirles a sus padres como se sentía al respecto. Ellos respetaron su decisión y evitaron que viniera a Mérida, lo cual la hizo sentir bien y dejó de pensar tanto en el asunto.

Se le preguntó qué hubiera pasado si su primo hubiera venido a Mérida y dijo que se hubiera sentido muy incómoda y hubiera ido con su “otra mamá” mientras él estuviera en su casa. Consideró que no hubiera tenido miedo a que el abuso se volviera a repetir porque él recibió apoyo psicológico y ya pasó mucho tiempo, por lo que él ya cambió y ella igual.

Análisis de las sesiones.

Fue necesario reforzarle que tomó una buena decisión y que tuvo una buena capacidad de juicio respecto a no trabajar con el grupo de jóvenes, esto debido a que lo hizo porque su

prioridad en el momento es su desempeño académico, el cual ha tenido una mejoría significativa en los últimos meses.

Por otro lado en lo relacionado al abuso sexual por parte de su primo, mayor que ella, lo percibió como abandono parental, sintiéndose sin protección ya que les pidió ayuda y relaciona esto con su inseguridad así como con sus dificultades de vinculación (sumados a los otros hechos mencionados) y con los rasgos depresivos que manifiesta, lo cual va de acuerdo con lo postulado por los teóricos del vínculo. De modo que es necesario continuar trabajando con la reparación de sus vínculos con sus figuras parentales y reforzarle el hecho de que ella era pequeña y no debe sentirse culpable por haber sido abusada por su primo. También se le connotó que era posible que sus padres -al no haber sido violada- no hubieran hablado con ella como lo necesitaba quizá pensando que no era conveniente para evitar que ella lo viviera como un hecho traumático. No obstante se le avaló el que para ella si lo fuera así como las repercusiones emocionales y vinculares que tuvo esa vivencia.

Sesiones 22-25

Fecha de las sesiones: 20 de marzo de 2015 – 24 de abril de 2015

"Siento una barrera entre nosotras hecha de coraje y de tristeza"

"Ahora tomo en cuenta que mi madre fue una niña que creció con poco cariño y nos educó con los recursos que tuvo"

A lo largo de estas sesiones se habló sobre la relación que tiene con su madre. Comenzó diciendo que recuerda que solía ser muy unida a ella, era cariñosa y le contaba sus cosas personales, y no sabe qué pasó que ahora habla poco con ella y no le gusta que la abraza. Incluso a veces se siente mal por preferir las caricias y pláticas de su otra mamá, y ha identificado veces donde está en su congregación y ha tenido ganas de acercarse a hablar con

su otra mamá pero como está sentada junto a su mamá biológica, prefiere no ir. Dijo que siente una barrera entre ellas, por lo que se le preguntó de qué está hecha la barrera y comenzó a llorar mientras dijo "de coraje y tristeza" y ahora se daba cuenta de que la barrera se ha estado construyendo desde hace muchos años, incluso piensa que su mamá la empezó a construir desde se enteró de que la tendría, es decir que – como ya se mencionó (sesiones 8-12), no fue deseada. De igual forma, dijo que había notado las comparaciones que hacía entre sus dos mamás, y eso la hacía sentir mal porque "no está bien querer que mi mamá se parezca a ella". No le gusta que su mamá la abrace porque siente forzados sus abrazos, ya que cree que lo hace imitando a su otra mamá y no por iniciativa propia.

Comenzó a pensar que probablemente es ella quien no deja que su madre le exprese su cariño y que seguramente tenía que comenzar a poner de su parte para mejorar la relación con ella. Dijo que a lo largo de las sesiones había comenzado a ver a su madre de una forma diferente pues la entiende más y el concepto que tenía de ella ha cambiado. Antes sólo pensaba que no la había apoyado por falta de cariño, pero ahora toma en cuenta que su madre fue una niña que creció con poco cariño y los educó con los recursos que tuvo, de modo que aunque no fue tan cariñosa siempre se preocupó por ella y ha tratado de apoyarla a su manera; esto tal y como se le sugirió en la intervención para reparar el vínculo con la madre.

Como parte de la reparación del vínculo tomó consciencia de que hay varias cosas que le molestan de su mamá pero que entiende que no puede pedirle que cambie, aunque ella sí puede cambiar. Comprendió que su madre estaba repitiendo lo que aprendió de su abuela, porque tampoco fue cariñosa y su estilo de crianza era impositivo. Dándose cuenta que la dificultad que tienen ambas de brindar y recibir cariño está asociada con la relación que cada una tuvo con sus respectivas madres lo que afectó su relación. Igualmente dijo que debido a que ya entendía más a su mamá que ahora siente que la tolera un poco más, está dispuesta a

buscar una forma más saludable de convivir con ella, así como a hacer pequeños cambios para que la relación cambie pero “no prometo ir y abrazarla porque no puedo, pero creo que ya me di cuenta de que a lo mejor si una empieza a esforzarse la otra también haga algunos cambios que mejoren la relación”.

Análisis de las sesiones.

En estas sesiones se pudo notar como la paciente bajó sus defensas, en especial la represión, y que su transferencia hacia la terapeuta fue más positiva y de confianza y expresó de forma sincera los sentimientos que tiene hacia su madre, ya que antes solía recalcar que no estaba molesta con ella y que la quería. Esto le permitió identificar más concretamente las acciones que le molestan de su madre y como se relacionan con el que se ha sentido abandonada, poco deseada y querida, por lo que cualquier intento de expresarle afecto por parte de su madre ha sido interpretado por ella como algo no sincero y forzado. A partir de esto resultó necesario continuar hablando sobre la historia de vida de su madre para favorecer aún más la totalización de sus objetos y fortalecer su sentido de realidad, dando pie a que comience a notar que aunque su madre no ha sabido demostrarle su afecto pero que sí la quiere y se preocupa por ella, cosa que a su vez la motivó a intentar interactuar con ella con más paciencia y tolerancia. Se avanzó tanto en la totalización del objeto madre como en el vínculo madre- hija

Sesiones 26-30

Fecha de las sesiones: 8 de mayo de 2015 - 12 de junio de 2015

“Ahora sé que mi madre me ha dado cariño a su manera”

A lo largo de estas sesiones mencionó que no solamente considera que la relación con su madre ha mejorado considerablemente, ya que percibe que no le molesta tanto y trata de

entender que le expresa cariño a su manera. En general dijo sentirse más amada y ya no se siente incómoda cuando se queda sola en casa, pues aunque las otras personas no estén físicamente con ella, el cariño que le tienen continúa.

En lo que respecta a la escuela su desempeño académico ha mejorado y realiza sus tareas en menos tiempo, ya no necesita tanto de la aprobación de los otros y de preguntar constantemente a sus compañeros si consideran que está bien lo que está haciendo. En cuanto a su seguridad al expresar sus ideas también ha notado un cambio, pues al hablar con otros compañeros ahora es capaz de expresarles lo que está pensando o sintiendo de asertivamente y sin temor a que se alejen de ella por esa razón.

Particularmente sobre la carrera que estudia cada vez se siente más a gusto con su elección y ha estado participando más en algunos proyectos de la escuela, cosa que en otro momento probablemente no habría aceptado o se habría sentido insegura de realizar. Ha hecho pequeños trabajos para poder tener ahorros y en cuanto a tener una pareja, mencionó que es algo que por el momento no está en sus planes y desde la prepa no ha sentido interés por algún muchacho. No obstante comenzó a mostrar interés en los temas de pareja. Cabe señalar que nunca ha tenido novio, sin embargo sabe que le gustaría tener como pareja a un hombre que sea trabajador, que crea en Dios, que sea respetuoso, que no diga groserías ni tenga algún vicio. Características que le recuerdan a su papá.

Análisis de las sesiones.

El haberse dado cuenta de que todo este tiempo su madre le ha dado cariño a su manera y que ha tratado de brindarle más afecto del que ella percibió tener en su infancia fue esencial para mejorar su seguridad, su independencia y su motivación al logro, iniciando así acciones que la ayudaron a movilizar las funciones Yoicas a la baja como sus relaciones objetales especialmente ya que ha totalizado a sus objetos y los ha introyectado; asimismo ha mejorado

otras funciones tales como: claridad de pensamiento, dominio-competencia, entre otras. Esto la ha motivado a la consecución de su ideal del Yo y a evitar la compulsión a la repetición. A pesar de que la relación con su madre no es del todo buena, ha mejorado significativamente y es más tolerante hacia ella y está más cómoda en su presencia.

En cuanto al aparente repentino interés que ha mostrado por las relaciones de pareja, se relaciona con una mejoría en su vínculo madre-hija, lo cual le ha permitido percibirse más querida y se siente cómoda recibiendo y brindando afecto a otras personas.

Sesiones 31-33

Fecha de las sesiones: 19 de junio de 2015 - 3 de julio de 2015

Estas sesiones se dedicaron a la aplicación de algunas láminas del TAT: lámina 4 (mujer que retiene al hombre), lámina 6 NM (mujer sorprendida por una figura masculina), lámina 9 VH (cuatro hombres yacen en el pasto) y lámina 10 (el abrazo) (Ver Anexo 2). Le llevó tiempo pensar en las historias y poner énfasis en lo que piensan y sienten, además de que decía que no le gustaba hacerlo porque no es buena haciendo historias.

A continuación se resume la interpretación de las láminas anteriormente citadas:

En cuanto a la lámina 4 en la que se hace referencia a una pareja (mujer que retiene al hombre), ella en efecto lo retiene para evitar que él tenga problemas por su causa, es decir, por defenderla y logra convencerlo. En la lámina 6 NM (mujer sorprendida por una figura masculina) Camila nos muestra su dilema entre trabajar o estudiar y es el padre quien le resuelve dicha disyuntiva ya que él la conmina a seguir estudiando para así prepararse y tener un buen trabajo. La lámina 9 VH (cuatro hombres yacen en el pasto) hace referencia al padre el cual trata de satisfacer sus necesidades materiales e incluso proyecta el ideal de una economía ventajosa en su familia que incluso les permite salir de vacaciones. Proyecta un

ideal del Yo en el cual ella puede incluso irse de viaje como producto de su trabajo. Este éxito económico también lo vislumbra como la posibilidad de no estar tanto tiempo con su familia y hermanos porque la obliga a trabajar mucho, tanto a ella como a su padre. Muestra la preocupación de que el agotamiento del padre lo lleve a enfermarse o alcoholizarse, lo cual la hace sentirse culpable.

Por último en la lámina 10 (el abrazo) se percibe a sí misma como muy estresada por problemas laborales, con un jefe exigente y acude al padre para contarle lo que le pasaba. Él le ofrece apoyo y la hace sentir segura de sí misma, sabiendo que puede contar con él y que esto la motiva para esforzarse y mejorar.

Análisis de la sesión.

A manera de conclusión, se observa claramente que ella está buscando a una pareja a quien pueda proteger y no a la inversa esto, como veremos más adelante, la identifica con la figura paterna caracteriológicamente. Asimismo se le ha presentado la disyuntiva, ante las carencias económicas familiares, entre trabajar y estudiar; sin embargo es el padre quien la rescata y la motiva a seguir estudiando. El padre es percibido como la figura más cercana y protectora dentro de su psique, una relación objetal positiva y altamente significativa. En su identificación con el padre se ve a sí misma trabajando largas horas como él, lo que le impediría el contacto con su familia, a su vez muestra una alta preocupación por que el padre se enferme debido al exceso de trabajo. Este padre al que acude cuando tiene problemas tanto como estudiante y que a futuro lo percibe también como su fuente de apoyo, seguridad y motivación.

Sesiones 34-36**Fecha de las sesiones: 19 de agosto de 2015 - 02 de septiembre de 2015**

“Nuestra familia como equipo no es unida ni equitativa...

Trabajar me ayudaría con la responsabilidad, el compromiso y la seguridad”

Durante estas sesiones Camila mencionó que nuevamente su familia estaba pasando por grandes dificultades económicas, lo cual había repercutido en pleitos entre sus padres y en que tanto ella como su madre se preguntaban qué pasa con el dinero por lo que los demás lo consideraran un mal administrador. También comenzó a sentir culpa porque a pesar de saber que cuentan con recursos limitados le había estado pidiendo dinero a su papá para ropa y útiles escolares. Se le planteó la idea de que podría encontrar alguna manera de obtener recursos para pagarse algunos gastos que pudiera tener durante la semana, pero mencionó que por ahora su prioridad es la escuela y le gustaría dedicarse por completo a ella para reforzar los avances que ha tenido en este ámbito de su vida. A pesar de esto, se dio cuenta de se estaba concentrando en las dificultades que vivía y no en buscar soluciones, por lo que consideró que podría reducir gastos para ayudar a su papá ya que él es el único que lleva ingresos a casa.

La idea anterior fue reforzada en estas sesiones al presentarle la idea de que su familia es un equipo. Ella dijo que si así fuera su papá sería el líder de ese equipo y que podía entender que su papá probablemente estaba sintiéndose muy frustrado y desesperado porque es difícil mantener a todo el equipo únicamente con la ayuda del mayor de sus hijos, ya que los demás no estaban aportando ganancias económicas y sólo ayudaban tratando de disminuir los gastos. Mencionó que debe ser difícil para él estar tratando de mantener a su familia y al mismo tiempo estar pasando por un momento personal difícil al no considerarse suficientemente buen proveedor.

Al darse cuenta de que su familia no estaba trabajando unida y equitativamente y que su padre tenía muchas presiones para mantenerlos, comenzó a considerar la idea de trabajar en algo que no fuera de tiempo completo pues aunque no tendría grandes ganancias le alcanzaría para cubrir pequeños gastos y reforzaría en ella la responsabilidad, el compromiso y la seguridad. Mencionó que de alguna manera ya lo estaba haciendo en sus prácticas en una empresa y también durante la semana había surgido una plática con una de sus amigas quien la invitó a vender productos por catálogo, lo que le ayudaría con sus gastos de transporte.

Análisis de la sesión.

En estas sesiones percibe a Camila más proactiva y dispuesta a encontrar soluciones a las dificultades que vive en lugar de esperar que su papá sea el único que aporte económicamente y sea el responsable de mantener a la familia. Esto le permitió empatizar con él y la motivó a apoyarlo reduciendo gastos y obteniendo algunos recursos para pagar sus gastos de transporte, lo cual igualmente muestra sus avances en la reducción de síntomas depresivos pues ya no se queda inmóvil ante las dificultades, comienza a considerar posibles soluciones y es más independiente.

Sesión 37

Fecha de la sesión: 09 de septiembre de 2015

A la paciente se le continuaron aplicando láminas del TAT: lámina 1 (el niño y el violín) y lámina 2 (muchacha de campo) (Ver Anexo 3). Posteriormente mencionó que mientras las hacía se había sentido diferente al pensar en las historias y estaba pensando en que ahora se le ocurrían narraciones más positivas y ya no tan negativas como las primeras. También mencionó que ya no quiere quedarse estancada de nuevo y le gustaría seguir atreviéndose y tomando decisiones que la hagan crecer como persona.

En la lámina 1 (el niño y el violín), proyecta el deseo de tener habilidades como las que tiene el padre pero a la vez la consciencia clara de que sólo puede obtener aquello que los recursos paternos le permitan y ella a pesar de que se siente identificada con los esfuerzos del padre, reconoce tener otra vocación y muestra la disyuntiva de ser como su papá en términos laborales o encontrar su propio camino; nuevamente el padre la rescata y le da los elementos para seguir su vocación. En la siguiente lámina (muchacha de campo) se percibe a sí misma como una joven estudiosa, lectora, cuyos padres hacen el esfuerzo para que ella pueda tener una carrera profesional. Sus padres la motivan altamente a lograr esa meta por medio de la cual ella espera obtener mucho dinero, y ayudar a muchas personas. Al principio la carrera que ella elige no es del agrado de los padres lo cual la entristece, sin embargo mantiene su decisión y eso la hace feliz.

Análisis de la sesión.

Como se mencionó, su autoconcepto es de ser una joven dedicada a los estudios pero limitada por las condiciones económicas de su familia. El padre nuevamente la rescata y le proporciona los medios para seguir adelante con sus estudios. La carrera que ella elige al principio no es del agrado de sus padres pero nos muestra una gran fuerza Yoica pues mantiene su decisión. Espera obtener de su ejercicio profesional mucho dinero y así subsanar las carencias vividas y cumplir con el deseo proyectivo de ayudar también a muchas personas. Nuevamente la figura paterna motivadora está presente y a estas alturas de la terapia –como ya mencionamos- su fuerza Yoica se ha elevado pero es conveniente mejorar su sentido de la realidad en cuanto al deseo de obtener “mucho dinero” en su ejercicio profesional.

Sesiones 38-39**Fecha de las sesiones: 23 de septiembre de 2015 - 30 de septiembre de 2015**

“Ya no me da miedo preguntar mis dudas o decir que no sé hacer algo”

En esta semana Camila comenzó a hacer sus prácticas en el área de recursos humanos en una empresa, lo cual la ponía nerviosa porque temía que le pidieran hacer algo y no supiera cómo, aunque también lo percibía como una oportunidad al ser una práctica para su futura vida laboral. Sin embargo destacó que en el pasado se hubiera sentido más ansiosa y que ahora se siente más segura y con más confianza para preguntar sus dudas o decir que no sabe cómo hacerlo pero que puede intentar o aprenderlo.

Por otro lado, también mencionó que estaba comenzando a buscar donde hacer sus prácticas profesionales, y que le habían ofrecido realizarlas en una institución con niños que han sufrido desamparo. Esto le interesó mucho y comenzó a considerar ir a hablar con alguna maestra para que la supervise y pueda atreverse a ir, ya que es un gran reto para ella pero le causaría alegría y satisfacción poder lograrlo a pesar de que es algo nuevo.

Análisis de la sesión.

A pesar de que tener la experiencia de realizar sus prácticas en una empresa la hizo sentir insegura al principio y tenía constantes dudas de sus habilidades, logró considerarlo como una oportunidad de adquirir nuevos conocimientos y poner a prueba lo aprendido a lo largo de la carrera, además de que ahora se siente capaz preguntar sus dudas. A ésta actitud puede contribuir el hecho de que el área organizacional no corresponde a su vocación y aun así logra cumplir adecuadamente y superar sus temores. También se ha mostrado proactiva al contemplar la posibilidad de proponer un lugar para realizar sus prácticas profesionales, prácticas que corresponden más a su deseo de ayudar a muchas personas y una cierta identificación con los desamparados por la seria carencia económica de su familia. Lo anterior

requiere que haga ciertas gestiones así como realizar un proyecto y a la vez representaría una forma de sublimar las carencias afectivas que percibía. Todo esto hace evidente el avance que ha tenido en cuanto a la disminución de sus rasgos depresivos y el fortalecimiento de su autoestima y motivación al logro.

Sesiones 40-43

Fecha de las sesiones: 07 de octubre de 2015 - 28 de octubre de 2015

*“Ahora sé que sí quiero a mis padres y veo que han hecho mucho por mí,
me dan alimento, casa, sustento y cariño”*

La paciente comenzó diciendo que su “otra madre” le regaló una perrita y esto ha ocasionado pleitos con su propia madre ya que ésta la sobrealimenta o le da comidas inadecuadas a pesar de que le ha pedido que no lo haga. Después de haber reflexionado al respecto Camila llegó a la conclusión de que es una forma en la que su madre se distrae, pues es su compañía durante el día, además de que ella misma le ha expresado que la perrita es como su nieta y que quiere consentirla. Por lo tanto, a través de la perrita ha tratado de mostrarle afecto. Al verlo de esta manera el enojo que sentía hacia su madre disminuyó y mencionó que entender más a su madre en lugar de reaccionar con enojo es bastante positivo para ella, por lo que trataría de hacerlo cuando su mamá haga algo que no le parezca.

Se le preguntó sobre la forma en la que reacciona ante su madre cuando hace algo que le molesta y dijo que mayormente la ignora y al final dice estar de acuerdo, se va a su cuarto y “le da el avión”. Dijo que si alguien le hiciera esto a ella se sentiría triste y abandonada, por lo que trataría de tener respuestas diferentes al hablar con ella.

Lo anterior la ayudó a tener menos discusiones con su madre y fue reforzado en una plática que le dieron en la congregación a la que pertenece en donde se habló sobre honrar a

los padres y que lo que si se les ama tienen que ser obedecidos, no por deber sino por amor. Dijo que cuando escuchó esto por un momento pensó en si quería o no a sus padres, pero concluyó que sí los quería porque en este tiempo se dio cuenta de que habían hecho mucho por ella, le daban alimento, casa, sustento y cariño.

Por otro lado, en esa misma plática, le pidieron que haga una carta a sus padres donde les pidiera perdón por las acciones que había tenido hacia ellos y al mismo tiempo les diera las gracias por todo lo que habían hecho por ella. Mencionó que no lo había hecho porque tenía un poco de pena, ya que no estaba acostumbrada a mostrarle sus sentimientos a sus padres, aunque si era consciente de lo beneficioso que podía ser esto para la relación que tiene con ellos. Además de que ella también sentía que ya los había perdonado por no haberle dado lo que ella considera que necesitó durante su infancia y por no haber podido sobrellevar las dificultades económicas en las que han estado viviendo.

Al darles la carta a sus papás al principio se sintió apenada pero dijo que fue algo positivo para ella pues ahora está más cómoda recibiendo muestras de afecto de su madre, y dijo estar más preparada para demostrarle cariño.

Análisis de la sesión.

La mascota de Camila representó una oportunidad para hacerle ver que su madre quiere mostrarle su afecto, lo cual la hizo sentirse amada y por lo tanto el enojo que siente hacia ella disminuyó. Esto dio pie a que pudiera reflexionar más sobre cómo reacciona cuando su madre hace algo que le molesta y se fomentó la empatía hacia ella. Se puede observar claramente que ha humanizado y totalizado a su objeto madre y por lo tanto ha mejorado su vínculo con la figura materna lo cual era una meta terapéutica fundamental a lograr.

Por otro lado, en este momento sus vínculos con sus figuras parentales y objetos significativos, tales como sus hermanos, han mejorado substancialmente. Se siente más

positiva hacia sus padres, de modo que ya no se enfoca únicamente en lo que no pudieron brindarle o sus dificultades económicas, sino que logra percibir las diferentes formas en las que le han expresado su cariño ya se siente preparada para poder expresárselos también. Favoreciendo, como ya se dijo, la totalización de sus objetos y, por lo tanto, la reparación de sus vínculos parentales. Asimismo su madre ha ocupado el lugar que le corresponde y la “madre ideal” ya no la sustituye aunque conserva el cariño y el agradecimiento que corresponden.

Sesiones 44-48

Fecha de las sesiones: 04 de noviembre de 2015 - 02 de diciembre de 2015

“Aprendí que puedo fallar y me van a seguir queriendo. Puedo entender a mi mamá, por lo que pasó y por lo que vive o vivió”

“Mejoré en mi seguridad, aprendí que tengo que atreverme a hacer cosas. Ahora veo y disfruto más el cariño de los que me rodean así como atreverme a expresárselo”

“Estoy contenta y en un buen momento de mi vida”

Las sesiones se dedicaron al cierre del proceso psicoterapéutico y a lo largo de esta Camila habló sobre los logros que ha tenido en diferentes áreas de su vida, pues ahora tiene una mejor relación con sus padres, en especial con su madre, sabe que aunque tenga fallas la van a seguir queriendo, su rendimiento académico ha mejorado, tiene una idea más clara de lo que le gustaría hacer en el futuro y lo que debe hacer para lograrlo, se siente más segura e independiente, se percibe más proactiva, positiva y ya no quiere huir de sus problemas sino que prefiere enfrentarlos. Considera que la mejoría de la relación con su madre y el estar lista para recibir y dar amor la ayudó en todos los demás avances que tuvo a lo largo del proceso psicoterapéutico, especialmente en percibir los aspectos positivos de su madre y en ya no

compararla con su otra mamá, sintiendo más real y sincero el amor que siente por ambas. En general dijo sentirse contenta y estar en un buen momento de su vida, la depresión que la caracterizaba ha remitido, lográndose otra meta fundamental de la psicoterapia.

Habló sobre la admiración que descubrió tiene hacia su madre como maestra, ya que siempre fue muy apasionada al trabajar y ponía mucha dedicación al enseñar a sus alumnos, por lo que le gustaría trabajar en una escuela como ella.

Por último, dijo que se daba cuenta del avance que había tenido y que reconoce que no fue un proceso sencillo y le costó trabajo, sin embargo, quiere continuar atreviéndose a hacer diferentes cosas que llaman su atención, así como a ver y disfrutar más del cariño de quienes la rodean y poder demostrárselos también.

Análisis de la sesión.

Estas sesiones se dedicaron a afianzar los logros alcanzados a lo largo del proceso psicoterapéutico, lo que incluye sus vínculos, su autoestima, independencia, motivación al logro y sus nuevos recursos Yoicos como sus relaciones objetales, claridad de pensamiento y dominio-competencia. Se hizo evidente como al haber mejorado la vinculación de Camila con sus figuras objetales, en especial con su madre, los rasgos depresivos disminuyeron, su autoestima e independencia mejoraron y su motivación al logro se fortaleció, lo cual a su vez contribuyó en su desempeño académico y sus relaciones sociales.

Se puede destacar una identificación más positiva con su madre, debido a que dijo querer trabajar en alguna escuela como ella lo hacía, además de que admira la pasión y dedicación con la que daba clases. La madre ha ocupado el lugar que le corresponde y ya no es comparada ni sustituida con la “madre ideal”, aunque sí conserva el cariño y agradecimiento hacia esta última. También ha introyectado el afecto de sus figuras parentales, lo que la ha hecho sentir más segura y ahora se sabe amada a pesar de que no esté físicamente con sus

padres o con otras personas significativas para ella. Se muestra con entusiasmo para comenzar nuevos proyectos en su vida académica y contempla posibles opciones laborales. En general dijo sentirse contenta y en un buen momento de su vida. Por lo tanto, y debido a todo lo antes mencionado, se hace evidente la remisión de los signos depresivos y, por lo tanto, el cumplimiento de las metas psicoterapéuticas planteadas en esta investigación.

5. Discusión de resultados y conclusiones

Desde el punto de vista psicoanalítico, Freud (1917/Duelo y melancolía) explica la depresión con la pérdida del objeto amado. Los teóricos del vínculo como Melanie Klein, Margaret Mahler y John Bowlby, la relacionan con las experiencias vividas durante la niñez y el estilo de vinculación con las figuras objetales; de modo que de haberse percibido rechazo o castigo, las personas pueden deprimirse y sentirse no sólo tristes y solas, sino también no queridas (Bowlby, 1997), tal y como se pudo observar en la presente investigación.

Camila es una joven de 21 años que acude a consulta debido a que al entrar a la universidad su desempeño académico se vio afectado por problemas en su atención, concentración y memoria, lo cual es su motivo de consulta. En el diagnóstico se establece que esto estaba relacionado con las dificultades de vinculación que tiene con sus figuras parentales, especialmente con su madre, y que a su vez reflejaban signos depresivos en la paciente, mismos que a lo largo del proceso psicoterapéutico fueron atenuándose. A continuación se presentan las conclusiones de esta investigación de estudio de caso con enfoque psicodinámico.

De acuerdo a la información recabada en la historia clínica psicológica, la paciente tuvo un desempeño académico adecuado a lo largo de la primaria, secundaria y preparatoria. Al llegar a la universidad comenzó a notar dificultades de atención, concentración y memoria que atribuyó a aspectos emocionales resultado de sus conflictos familiares y económicos.

En cuanto a la relación que tiene con sus figuras objetales, su padre es percibido como un hombre trabajador y que hace grandes esfuerzos para conseguir recursos para la familia, aunque ella consideraba que podría hacer más para ayudarlos. Con su madre tiene una relación distante y conflictiva, pues la ve como una persona pasiva y apática que no trabaja y que a

pesar de las serias carencias económicas que viven no lleva recursos a la casa y únicamente se encarga de llevar la organización del hogar. Todo esto último y las carencias y la apatía de la madre derivó en que Camila tuviera dificultades de vinculación con sus figuras parentales, causando en ella signos depresivos. Cabe señalar que esto sucede a partir de que llegan a Mérida cuando la paciente tenía nueve años y la economía de la familia cambió radicalmente en su perjuicio.

Lo anterior pudo ser percibido desde la primera fase del diseño de psicoterapia, la de diagnóstico, en la cual la paciente destacó que la relación que tenía con sus padres y hermanos era un tanto distante, incluso mencionó que prefería pasar tiempo con su “familia adoptiva”. Esto hizo evidente que percibía a dos familias: una real y una ideal, siendo esta última la que cubría sus necesidades afectivas y contaba con las características que deseaba tuviera su familia de origen. Por lo tanto, se decidió trabajar con ella haciendo uso de las aportaciones de los teóricos del vínculo John Bowlby (1972, 1997, 2006), Melanie Klein (1989) y Margaret Mahler (1975 citada en Brazelton, Bergman y Simo, 1991), para favorecer la totalización de sus objetos, el logro de una sana individuación, un apego más seguro, fortalecer su autoestima y motivación al logro; lo cual llevaría a disminuir los rasgos depresivos y de ser posible eliminarlos. Todo lo cual es parte de las metas psicoterapéuticas.

Cabe recalcar que aunque de acuerdo a su edad se encuentra en la etapa psicosexual genital, sus problemas son de tipo oral dependiente puesto que demanda mayor atención, afecto para subsanar sus privaciones emocionales y de apoyo económico por parte de sus padres. Como consecuencia también de dificultades en su tránsito por la etapa edípica también muestra dificultades relacionadas con el pobre empuje que tiene para competir y ganar en el terreno académico y por ende en la latencia (aprender a aprender y ganar por sus habilidades). Todo esto se relaciona con sus dificultades de concentración, memoria y atención.

Deduciéndose por lo tanto que presentaba rasgos depresivos, al igual que sus padres, de origen traumático en ellos e identificatorio en ella, a partir de que se mudaron a Mérida y que tuvieron una pérdida de identidad profesional, socioeconómica y cultural altamente significativa.

En la segunda fase, en donde se continuó con el diagnóstico a la par de la intervención, sus rasgos depresivos se identificaron claramente, los cuales coinciden con la definición planteada en la teoría psicoanalítica e incluyen dificultades de memoria, atención y concentración, la sensación de tristeza y enojo persistentes que sentía y que se relacionaban con sus dificultades de vinculación con sus padres, en especial por su madre y con el miedo a equivocarse y dificultades para tomar decisiones tanto en su vida académica como social, pues temía que de hacer algo mal las personas cercanas a ella se alejaran y ya no la querrían. Había perdido el interés en realizar actividades que antes le resultaban placenteras, como tocar el bajo, y reportó tener una baja autoestima. Todo lo cual estaba afectando su rendimiento académico y sus relaciones interpersonales, como ya se mencionó.

Se trabajó sobre una toma de consciencia en el hecho de que ella misma estaba identificada con las características de la madre y las había introyectado. Para esto la decima sesión fue vital, en la que a través de la aplicación de una de las láminas del TAT (muchacha de campo), hubo una toma de conciencia inicial acerca de su compulsión a la repetición, temiendo en un inicio llegar a vivir la frustración de su mamá aunque posteriormente logró empatizar con ella al darse cuenta de que había tenido muchas pérdidas y no pudo cumplir sus sueños, cosa que no quería repetir en su historia de vida. A partir de esta sesión y del Insight que tuvo, comenzó a reportar pequeñas mejorías en su desempeño académico y menos enojo hacia su madre, lo cual repercutiría en sesiones posteriores en el fortalecimiento de su autoestima e independencia.

En cuanto a la tercera fase (vínculo con el padre), continuando con la intervención, se analizó la relación que tiene con su figura paterna y se observó claramente que a pesar de considerar que su padre “se ha quedado estancado” en el aspecto laboral, era percibido por ella como la figura más cercana y protectora, con quien tiene una relación objetal más positiva y altamente significativa, ya que es su fuente de apoyo, seguridad y motivación. Esto favoreció a que en las últimas sesiones del proceso terapéutico, una vez que los rasgos depresivos remitieron, se identificara con los esfuerzos del padre y comenzara a portarse de forma más proactiva y a llevar acciones concretas para llevar a cabo proyectos y actividades académicas y extracurriculares. Además de que la dependencia y exigencias que tenía hacia él se aminoraron y comenzó a reducir gastos y a considerar formas de ganar dinero para apoyarlo.

El vínculo con la madre fue analizado en la cuarta fase, en donde se notó la relación distante y conflictiva que tenía con su madre, así como su apego ansioso-ambivalente, el cual genera en la niñez que se trate de buscar contacto e interacción pero que generalmente no lo reciben como se desea y de recibirlo pueden rechazarlo con enojo. Estos niños y niñas no logran, por lo general ser independientes a la hora de resolver sus problemas, tienden a ser victimizados en sus relaciones sociales y presentan sentimientos de inseguridad y enojo y en muchas ocasiones requieren de apoyo psicoterapéutico. Todo lo cual está relacionado con la inestabilidad, intrusividad e inconsistencia del cuidado materno (Bowlby, 1969 citado en León, 2004). Esto fue evidente en lo relatado por la paciente una vez que sus defensas bajaron, en especial la represión, pudiendo expresar de forma sincera que estaba molesta porque se había sentido abandonada, poco deseada y querida, por lo que cuando su madre trataba de expresarle afecto lo interpretaba como algo no sincero y forzado.

Gran parte del proceso terapéutico se dedicó a reparar el vínculo con su madre, llegando a mejorarse significativamente. Empezó a ser más empática con ella, logró entenderla

más y tenerle más paciencia, esto a partir de una serie de Insights en los que se dio cuenta de que su madre le dio amor a su manera y con los recursos que tuvo, por lo que ya aceptaba de mejor manera cuando ésta la abrazaba pues la percibía más sincera. Comenzó a sentirse más amada y ya no se sentía incómoda al quedarse sola en casa, pues había introyectado el afecto de sus figuras parentales, en especial de su madre, y dijo entender que aunque las otras personas no estén físicamente con ella, el cariño que le tienen continúa.

Posteriormente, se continuó con la intervención poniendo énfasis en las características oral-dependientes que presenta la paciente, pues como mencionó Freud (1917), la fase oral se considera como uno de los factores implicados en la etiología de la depresión. En esta fase se hizo evidente el poco afecto que percibía de sus figuras parentales, sintiéndose muchas veces sola y únicamente querida por una de sus amigas, siendo significativo que no haya mencionado a su “familia ideal” como parte de las personas que la quieren. También tiene miedo a equivocarse y que éste sea el motivo por el que las personas cercanas a ella se alejen. Además de que su motivación a estudiar estaba más bien relacionada con su deseo de agradar y ayudar proyectivamente a otros, es decir, quería hacer felices a los demás pero no creía que esto la incluyera. De igual manera, al aplicarle una de las láminas del TAT (muchacha de campo), logra una toma de consciencia de que se percibía a sí misma como una niña dependiente de sus padres que esperaba ser salvada por su papá.

A mediados del proceso terapéutico y una vez iniciada la reparación de sus vínculos con las figuras parentales, comenzó a mostrar mejoría en cuando a sus ya mencionadas características oral-dependientes. Logró introyectar el afecto de sus padres y poco a poco comenzó a tolerar mejor estar sola en casa hasta el punto de no causarle ansiedad. El miedo a equivocarse remitió comenzó a ser capaz de preguntar sus dudas sin sentirse insegura o de decir que no sabe hacer algo, incluso comenzó a usar la frase “no pasa nada si me equivoco,

me van a seguir queriendo”. Empezó a tener una idea más clara de lo que quería hacer a futuro, a plantearse metas y a llevar a cabo acciones concretas para lograrlo o comenzar a adquirir habilidades que la ayudarían a conseguirlo, como ser más proactiva e independiente.

Para la sexta fase la intervención se enfocó en la reparación del vínculo con sus figuras parentales, en donde se promovió que considerara y reflexionara acerca de la historia de vida de sus padres mientras analizaba los sentimientos que tenía hacia ellos y los motivos que tienen para actuar como lo hacen. Favoreciendo así la totalización de sus objetos y el fortalecimiento de su sentido de realidad, dando pie a que comience a notar que aunque su madre no ha sabido demostrarle su afecto, sí la quiere y se preocupa por ella, cosa que a su vez la motivó a intentar interactuar con ella con más paciencia y tolerancia. Esto contribuyó a mejorar su seguridad, independencia y su motivación al logro, además de que movilizó las funciones Yoicas que tenía a la baja como las relaciones objetales, claridad de pensamiento y dominio competencia.

También se le hizo ver que su madre había querido mostrarle su afecto, lo cual la hizo sentirse amada y por lo tanto el enojo que siente hacia ella disminuyó. Esto dio pie a que fuera más empática y tolerante con ella, e incluso pudo percibir aspectos positivos de ella e identificarse con su parte positiva (ser una buena maestra y mostrar pasión por su trabajo). Su madre ha ocupado el lugar que le corresponde y la “madre ideal” ya no la sustituye aunque conserva el cariño y el agradecimiento que corresponden. Por lo tanto, se puede observar claramente que ha humanizado y totalizado a su objeto madre y por lo tanto ha mejorado su vínculo con la figura materna lo cual era una meta terapéutica fundamental a lograr.

En cuanto a su padre, si bien la percepción que tenía de él era bastante más positiva a comparación de la de su madre, deseaba que se esforzara más para obtener recursos y pudiera rescatarla de sus dificultades, por lo que a lo largo del proceso psicoterapéutico se promovió la

empatía hacia él y, como se ha mencionado en párrafos anteriores, se le motivó a apoyarlo reduciendo gastos y obteniendo algunos recursos para pagar sus gastos de transporte.

En la séptima fase se favoreció la independencia y motivación al logro de la paciente, buscando principalmente que cumpla con las tareas esperadas para la etapa del desarrollo en la que se encuentra, incluyendo cimentar una carrera, comenzar a trabajar y asumir responsabilidades (Robert Havighurst, 1953 citado en Craig y Baucum, 2009). Esto fue posible gracias a la reparación de los vínculos, pues a lo largo del proceso psicoterapéutico se dio cuenta de que estaba cayendo en el estancamiento que criticaba de su madre, es decir en la repetición por introyección de las mismas conductas de pasividad y conformismo. Esto repercutió en que quiera pensar más en ella y en lo que tiene que hacer para cumplir con las metas que se ha planteado favoreciendo la percepción de sus recursos. Comenzó a ser más proactiva y estaba dispuesta a encontrar soluciones a las dificultades que se le presentaban, en lugar de esperar ser rescatada por su padre. Haciéndose evidente así el avance que tuvo en cuanto a la disminución de sus rasgos depresivos y el fortalecimiento de su autoestima y motivación al logro.

A lo largo del proceso terapéutico mostró mejoría en todo lo antes mencionado, hasta el punto de comenzar a tener una percepción más positiva de sus padres y ya no se enfocaba únicamente a lo que no pudieron brindarle y a sus dificultades económicas. Logró percibir las diferentes formas en las que le han expresado su cariño y actualmente se siente preparada para poder expresárselos también. Esto a su vez fortaleció su motivación al logro e independencia, ya que mejoró su desempeño académico y empezó a involucrarse de forma proactiva en diversos proyectos en la universidad en la que estudia, además de considerar opciones de trabajo y maneras de reducir gastos para ayudar a su padre. Por lo tanto en la octava fase, correspondiente al cierre, se afianzaron los logros de las fases anteriores, incluyendo sus

vínculos y relaciones objetales, su autoestima, independencia, motivación al logro y sus nuevos y mejorados recursos Yoicos, en todo esto para consolidar en la paciente una mejor calidad de vida.

De acuerdo con las aportaciones de los teóricos del vínculo, se hizo evidente como los rasgos depresivos remitieron al haber mejorado la vinculación de Camila con sus figuras objetales, en especial con su madre, a partir de la totalización de sus objetos, darle a su madre el lugar que le corresponde en lugar de ser sustituida por la “madre ideal”, así como la identificación que tuvo con los aspectos positivos de ambos padres, mejorando a su vez su desempeño académico, sus relaciones sociales y en general una mejor calidad de vida.

5.1. Alcances y limitaciones

En cuanto a los objetivos de investigación, y al haber diseñado, implementado y evaluado una intervención psicoterapéutica con un enfoque psicoanalítico, se refrenda que los vínculos parentales sí se asocian con la depresión cuando estos tienen cierto grado de carencia que no permite que los hijos se sientan seguros para afrontar los retos de la vida. Por lo tanto, este trabajo lleva a corroborar otras investigaciones sobre la importancia del vínculo y sus posibles efectos en el estado emocional de las personas.

5.1.1. Alcances.

Una vez analizados los resultados, se puede concluir que las metas psicoterapéuticas fueron alcanzadas en su totalidad, las cuales incluyen:

- ✓ Lograr la percepción de los padres como objetos humanos, totalización del objeto y por ende mejorar el vínculo con dichos objetos.

- ✓ Disminuir los rasgos depresivos y de ser posible eliminarlos.
- ✓ Movilizar el Yo hacia la consecución del ideal, evitando así la compulsión a la repetición.
- ✓ Percepción de sí misma como una adulta joven y no como una niña dependiente.
- ✓ Fortalecer su autoestima y su motivación de logro.

La Teoría Psicoanalítica aportó una base teórica adecuada para entender la problemática de la paciente, ya que sus signos depresivos estaban relacionados con las dificultades de vinculación que tenía con sus figuras parentales, en especial con su madre. Por lo que al hacerse énfasis en las vivencias de la niñez, en especial en el vínculo y las relaciones objetales, así como en aspectos tanto conscientes como inconscientes, dicho enfoque permitió brindar un tratamiento que indaga a profundidad las causas de su depresión y evita la compulsión a la repetición.

5.1.2. Limitaciones.

Entre las limitaciones de esta investigación se encontró como primer aspecto la compulsión a la repetición relacionada con la apatía depresiva de la paciente, lo cual resultaba en sesiones psicoterapéuticas lentas y cansadas debido a lo escueto de su discurso en los inicios del proceso. Conforme este aspecto fue aminorando, se presentó como limitación las resistencias que presentó Camila para aceptar el enojo que sentía hacía sus figuras parentales, especialmente hacia su madre, debido a que percibía que no cumplían con sus expectativas ni cubrían sus necesidades de afecto. Sin embargo, al fortalecer la alianza entre paciente y terapéutica, así como de la transferencia y contratransferencia,

Las limitaciones fueron superadas y permitieron el enriquecimiento y buenos resultados de la intervención psicoterapéutica.

Además del logro de las metas ya descritas debido a su involucramiento académico y laboral, la paciente se declaró lista para enfrentar al mundo y se le dio de alta.

5.2. Sugerencias

Sobre el tema de investigación, y debido a que la depresión es un estado emocional que afecta a múltiples personas tanto en México como a nivel mundial y actualmente es considerada un problema de salud pública, se invita a realizar más investigaciones al respecto para brindar un tratamiento adecuado que evite la compulsión a la repetición. Por lo que sería conveniente que las investigaciones pongan énfasis en el vínculo con las figuras objetales y las vivencias en las primeras etapas del desarrollo y etapas tempranas del desarrollo psicosexual.

Igualmente se sugiere se tome en cuenta el tipo de proceso psicoterapéutico mostrado en ésta investigación para casos similares al aquí presentado, tomando en cuenta que para el alcance de las metas psicoterapéuticas es un proceso que necesita de paciencia y tolerancia por parte del terapeuta y del paciente, así como compromiso de éste último.

El cierre de la investigación está citado al inicio del rubro *Alcances y limitaciones*.

Respecto a la paciente, y debido a que logró la elaboración y la traslaboración de sus problemáticas y motivos de consulta: la depresión y el logro de una vinculación más positiva con sus figuras parentales, así como mejorar su rendimiento académico, se sugieren sesiones de seguimiento en un futuro para darle seguimiento a sus cambios y para tratar, de ser necesario, otros temas que pudieran surgir conforme pase a otras etapas de su vida y se enfrente a nuevos retos.

6. Referencias

- Abraham, K. (1970). *Breve estudo do desenvolvimento da libido, visto à luz das perturbações mentais*. Rio de Janeiro: Imago.
- Adrian, C. & Hammen, C. (1993). Stress exposure and stress generation in children of depressed mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 354-359.
- Álvarez-Gayou, J. (1986). *Sexoterapia integral*. México: Manual Moderno.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision (DSM-IV-TR)*. United States: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5, H. o.-I.-T*. Recuperado el 20 de mayo de <http://www.psychiatry.org/dsm5>
- Arnett, J. J. (1999). Adolescent storm and stress, reconsidered. *American Psychologist*, 54, 317-326.
- Asarnow, J., Tompson, M., Hamilton, E., Goldstein, M. & Guthrie, D. (1994). Family-expressed emotion, childhood-onset depression, and childhood-onset schizophreniaspectrum disorders: is expressed emotion a non-specific correlate of child psychopathology or a specific risk factor for depression? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 129-146.
- Berenzon, S., Lara, M., Robles, R. y Medina-Mora, M. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55 (1), 74-80.

- Bifulco, A., Moran, P. M., Ball, C. & Bernazzani, O. (2002). Adult attachment style. I: Its relationship to clinical depression. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 37(1), 50-59.
- Blatt, S. J. (1997). Contributions of psychoanalysis to the understanding and treatment of depression. *JAPA*, 46, 723-752.
- Bowlby, J. (1972). *Cuidado materno y amor*. México: Fondo de cultura económica.
- Bowlby, J. (1997). *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*. España: Paidós.
- Bowlby, J. (2006). *Vínculos afectivos. Formación, desarrollo y pérdida*. España: Morata.
- Buchheim, A., Strauss, B. & Kächele, H. (2002). The differential relevance of attachment classification for psychological disorders. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 52, 128-133.
- Campo-Arias, A., González, S., Sánchez, M., Rodríguez, D., Dallos, C. y Díaz-Martinez, L. (2006). Percepción de rendimiento académico y síntomas depresivos en estudiantes de media vocacional de Bucaramanga, Colombia. *SCIELO*, 76(1), 21-26.
- Chaplin, T. M., Gillham, J. E. & Seligman, M. E. (2009). Gender, anxiety, and depressive symptoms: A longitudinal study of early adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 29, 307-327.
- Compas, B. y Gotlib, I. (2012). *Introducción a la psicología clínica. Ciencia y práctica*. México: Mc Graw Hill.
- Craig, G. y Baucum, D. (2009). *Desarrollo psicológico*. México: Pearson.
- Cyranowski, J. M., Frank, E., Young, E. & Shear, M. K. (2000). Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression. *Archives of General Psychiatry*, 57, 21-27.

- Diario de Yucatán. (3 de mayo de 2014). *Mujeres jóvenes, las que más acuden a psiquiatría por depresión*. Recuperado de <http://yucatan.com.mx/salud/mujeres-jovenes-las-que-mas-acuden-a-psiquiatria-por-depresion>
- Díaz, C. (15 de enero de 2014). Incumplimiento de metas puede causar ansiedad y depresión. *Milenio Novedades*. Recuperado de <http://sipse.com/ciencia-y-salud/el-hospital-psiquiatrico-yucatan-tiene-como-principal-motivo-de-consulta-la-ansiedad-70878.html>
- Dicaprio, N. S. (1989). Teorías de la personalidad. México: Mc Graw-Hill.
- Dorsch, F. (2008). *Diccionario de psicología*. España: Herder Editorial.
- Downey, G. & Coyne, J. (1990). Children and depressed parents: an integrative review. *Psychological Bulletin*, 108, 50-76.
- Dozier, M., Stoval, K. C., Albus, K. E., & Bates, B. (2001). Attachment for infants in foster care: The role of caregiver state of mind. *Child development*, 72(5), 1467-1477.
- Farré Martí, J. M. y Lasheras, M. G. (1999). *Diccionario de psicología*. España: Oceano Grupo Editorial.
- Fernández, A. y Rodríguez, B. (2002). Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de atención primaria. El proceso de duelo. *MEDIFAM*. 12(3), 218-225.
- Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. *Obras completas*, 2, 2091-2101.
- Fouilloux, C., Barragán, V., Ortiz, S., Jaimes, A. Urrutia, M. y Guevara-Guzmán, R. (2013). Síntomas depresivos y rendimiento escolar en estudiantes de medicina. *Salud mental*, 36(1), 59-65.
- Garber, J., & Hilsman, R. (1992). Cognition, stress, and depression in children and adolescents: a follow up study. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 1, 129-167.

González Núñez, J. (1997). Investigación circular para estudios de un sólo caso. *Aletheia*, 16, 11-14.

González Núñez, J. (2013). *Interacción grupal y psicopatología*. México: Plaza y Valdez.

González Núñez, J. y Rodríguez Cortés, M. (2013). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. México: Plaza y Valdes.

Greenson, R. (2004). *Técnica y práctica de Psicoanálisis*. México: Siglo veintiuno editores.

Kadison, R. (2004). *College of the overwhelmed*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Kempton, M., Salvador, Z., Munafo, M., Geddes, J., & et al. (2011). Structural Neuroimaging Studies in Major Depressive Disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 66(7), 675-690.

Kessler, R. C. (2003). Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*, 74, 5-13.

Klein, M. (1989). *Amor, culpa y reparación*. España: Paidós.

Leader, D. (2008). *La moda negra. Duelo, melancolía y depresión*. España: Sexto piso.

León, C. (2004). *Trastorno de ansiedad como reacción a dificultades en la vinculación con la madre y el nacimiento de un hermano, en una niña con problemas de aprendizaje*. Tesis de maestría no publicada, Universidad Autónoma de Yucatán, Facultad de Psicología, Yucatán, México.

Levinson, D. & Nichols, W. (2015). *Major Depression and Genetics*. Recuperado el 19 de <http://depressiongenetics.stanford.edu/mddandgenes.html>

Mejía, J. (20 de abril de 2014). Ansiedad y depresión acechan cada día a más yucatecos. *Milenio Novedades*. Recuperado de <http://sipse.com/milenio/psicologos-ansiedad-depresion-yucatecos-86435.html>

Murray, H. (2012). *TAT. Test de Apercepción Temática*. Argentina: Paidós.

- Ogawa, J. R. (1997). Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and psychopathology*, 9(04), 855-879.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *La depresión es una enfermedad frecuente y las personas que la padecen necesitan apoyo y tratamiento*. Recuperado de http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/es/
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf
- Paykel, E. (2008). Basic concepts of depression. *Dialogues Clin Neurosci*, 10(1), 279-289.
- Radden, J. (2003). Is This Dame Melancholy?: Equating Today's Depression and Past Melancholia. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 10(1), 37-52.
- Rosenstein, D. S., & Horowitz, H. A. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(2), 244.
- Secretaría de Salud. (2014). *Depresión y suicidio en México*. Recuperado de <http://www.spps.gob.mx/avisos/869-depresion-y-suicidio-mexico.html>
- Secretaría de Salud. (2007). *Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México Sano: Construyendo alianzas para una mejor salud*. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/ProNalSalud-2007-2012.pdf>
- Stoppard, J. (2014). *Understanding depression: Feminist social constructionist approaches*. Routledge.
- Wagner, F., González-Forteza, C., Sánchez-García, S., García-Peña, C. y Gallo, J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud mental*, 35(1), 3-11.

Warren, S. L., Huston, L., Egeland, B., & Sroufe, L. A. (1997). Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(5), 637-644.

Weinfeld, N. S., Sroufe, L. A., & Egeland, B. (2000). Attachment from infancy to early adulthood in a high-risk sample: Continuity, discontinuity, and their correlates. *Child development*, 71, 695-702.

Zimerman, D. E. (1999). *Fundamentos Psicoanalíticos: teoría, técnica e clínica*. Porto Alegre: Artmed.

7. Anexos

7.1. Anexo 1

7.1.1. Historia de la Lámina 2 (muchacha de campo) del T.A.T.

Era una vez una niña que su sueño era estudiar, pero no tenía las posibilidades, ya que su familia era de bajos recursos, pero la niña se lo contó a sus padres, así que su papá decidió apoyarla y se puso a trabajar muy fuerte para conseguir dinero para que su hija pueda estudiar. La mamá sólo se encargaba de cuidarla y se preocupaba por su hija, iba a conseguir comida para ella y su esposo trabajaba duro. Con el trabajo del papá la niña pudo estudiar y estaba muy feliz de estudiar, iba a la escuela y hacía sus tareas y ayudaba en su casa.



7.2. Anexo 2

7.2.1. Historias de las láminas 4, 6 NM, 9 VH y 10 del T. A. T.

1. Lámina 4 (mujer que retiene al hombre). En esta imagen se encuentra una pareja y la mujer le contó a su novio que tuvo problemas con una persona y el novio se enojó mucho y quería ir a resolver el problema por ella, pero ella le pidió que no lo hiciera, que no importaba tanto lo que había pasado y que le importaba más él y que no se meta o tenga problemas y logró convencerlo y prefirió quedarse con ella.



2. Lámina 6 NM (mujer sorprendida por una figura masculina). Era una vez una mujer que estaba pasando por una situación la cual no sabía qué hacer, en esta situación tenía que decidir entre trabajar o estudiar, estaba tan estresada y agobiada al no saber qué decidir pero un día se sentó a pensar los beneficios o consecuencias de cada una de las opciones hasta que hubo un momento en el que recordó lo que su papá siempre le había dicho, ella estaba decidiendo por trabajar, pero al recordar a su papá que siempre le había dicho que es muy importante el estudio, ella se lo imaginó enojado al verla trabajando, así que mejor decidió hacer lo que él quería y prefirió seguir con sus estudios para estar preparada y tener un buen trabajo.



3. Lámina 9 VH (cuatro hombres yacen en el pasto). Era una vez un señor que tenía una familia a la cual le daba el dinero que necesitara para comprar cosas. Él trabajaba mucho porque quería tener una buena casa, un carro y poder llevar a su familia de vacaciones, así que se esforzaba



mucho en el trabajo pero el costo que tenía que pagar era grande ya que casi no pasaba tiempo con su familia, muchas veces salía de viaje por parte de su trabajo sin ver a su familia. Un día regresó a su casa y era tarde así que sus hijos dormían y no pudo saludarlos y al siguiente día iban a clase por lo que los vio poco, porque después cuando ellos llegaron ya tenían su rutina, no podían pasar tampoco tiempo con él por las clases y tareas pero ellos querían a su papá porque sabían que todo lo que hacía era para ellos, sabían o creían que trabajaba mucho pero un día su papá dijo que se iba a trabajar y que

volvería más tarde, pero pasó mucho tiempo, era de madrugada y no había vuelto, así que decidió el hijo mayor ir a buscarlo a su trabajo, pero cerca de su trabajo lo encontró tirado en el suelo borracho con sus amigos y el hijo se preocupó mucho porque nunca lo había visto así y se sintió culpable de no haberle dedicado tiempo a su papá después de no haberlo visto en mucho tiempo, así que decidió llevarlo a su casa y pasar más tiempo con él sin importarle tanto sus actividades sino solamente su familia.

4. Lámina 10 (el abrazo). En esta imagen se encuentra un chavo el cual tuvo problemas, se sentía muy estresado, tenía problemas en su trabajo, su jefe le exigía mucho pero él necesitaba el trabajo así que fue un día con su papá y le contó lo que le pasaba



y el papá le ofreció su apoyo y el chavo se sintió seguro y supo que podía contar con su papá y eso le dio fuerzas para continuar con su trabajo y esforzarse día a día para mejorar.

7.3. Anexo 3

7.3.1. *Historias de las láminas 1 y 2 del T. A. T.*

1. Lámina 1 (el niño y el violín). Este era una vez un niño que le gustaba la música así que sus papás decidieron meterlo a clases de música, pero el único instrumento que conocía era su violín ya que era de su papá, así que



sólo podía tomar esa clase porque era el único instrumento que tenía así que iba a sus clases. Al principio iba muy contento porque veía clases de música en general, teoría del violín, al niño se le hacía muy aburrido ya que ya había visto mucho como su papá lo

tocaba pero no le quedaba de otra ya que era el único instrumento que tenía. Se fastidiaba en todas sus clases pero el niño seguía asistiendo ya que tenía la esperanza de que después de aprender a tocar ese instrumento como su papá quería, le iban a regalar un piano como premio de haber hecho lo que su papá quería. Pasó el tiempo y el niño tocaba muy bien el violín y se olvidó de querer un piano, pero un día, su papá llegó con el piano y el niño se emocionó mucho y tomó clases de piano y le gustaba mucho.

2. Lámina 2 (muchacha de campo). Era una vez una joven que vivía con sus papás y era muy estudiosa, desde pequeña le gustaba dibujar, leer libros y sus papás trabajaban mucho para poder darle lo mejor a su hija, tanto comida, ropa o poder pagar sus estudios.



La joven terminó la preparatoria con muy buenos resultados y sus papás siempre se alegraban de eso y querían que continuara estudiando, ellos sabían que podía llegar muy lejos, sin embargo, ellos pensaban en lo que ella debía hacer, que debía estudiar algo que le deje mucho dinero, sin embargo a la joven le gustaba la carrera de enfermería ya que ahí le podía ayudar a muchas personas y ese era su deseo ayudar a muchas personas. Un día le platicó a sus papás ese deseo o decisión que ella había tomado pero sus papás no estuvieron de acuerdo, lo que provocó un gran pleito entre ellos, sin embargo, esto no hizo que ella cambie de decisión. Le dolió mucho que sus papás no la apoyen en esa decisión, se sentía triste porque ellos ya habían hecho muchas cosas por ella, pero ella sabía que era su vida y que con hacer este trabajo o labor sería muy feliz, así que tomó la decisión de ir y buscar su sueño a pesar de que no estaban de acuerdo sus papás, pero lo hizo, estudió lo que quería y hoy es feliz.