



**Universidad
Europea** MADRID

Entre la falta y la pérdida. Trabajo de duelo desde la psicoterapia breve psicodinámica

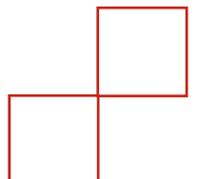
Máster de Psicología General Sanitaria

Autora: Clara Roldán Albaladejo
Tutor: Marcelo Mendes-Facundes

28/02/2022

Campus Villaviciosa de Odón
Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas
Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



Resumen

En el presente trabajo se describe la intervención psicoterapéutica llevada a cabo con una paciente de 24 años atendida dentro del Servicio Psicológico de la Universidad Politécnica de Madrid (SAP), desde la perspectiva de la psicoterapia breve psicodinámica. El tratamiento completo constará de 25 sesiones, pero la realización de este trabajo se efectúa en el ecuador del mismo, encuadrado en la fase media de la terapia. Como herramienta principal para la fundamentación clínica del trabajo se ha utilizado la Entrevista Estructural diseñada por Otto Kernberg, la cual ha facilitado su diagnóstico diferencial de la organización de personalidad según la teoría psicoanalítica, identificándose este como neurótico. Como problemática principal, se observa en la paciente un duelo no resuelto producido en su infancia en un contexto migratorio, el cual se relaciona significativamente con su estilo de apego inseguro desorganizado. En los conflictos centrales de la actualidad de la paciente se produce la repetición de lo traumático, conectándose con aspectos inconscientes de estos hechos pasados. Como objetivos del tratamiento se ha propuesto el establecimiento de un espacio de elaboración de duelo, la disminución de sintomatología ansiosa frente a exámenes universitarios, la disminución de sintomatología ansiosa frente a las interacciones materno-filiales, y la resignificación de las vivencias individuales y familiares. Se ha producido la consecución de los objetivos en tanto en cuanto la paciente ha podido disminuir su sintomatología ansiosa, ha iniciado el trabajo de elaboración de duelo y ha comenzado a resignificar las vivencias causantes de malestar.

Palabras clave

Apego, duelo, migración, psicoterapia breve psicodinámica, sintomatología ansiosa.

Abstract

In the present work, the psychotherapeutic intervention carried out with a 24-year-old patient treated within the Psychological Service of the Polytechnic University of Madrid (SAP) is described, from the perspective of brief psychodynamic psychotherapy. The complete treatment will consist of 25 sessions, but the realization of this work is carried out in the middle of it, framed in the middle phase of the therapy. As the main tool for the clinical foundation of the work, the Structural Interview designed by Otto Kernberg has been used, which has facilitated his differential diagnosis of personality organization according to psychoanalytic theory, identifying him as neurotic. As main problem, an unresolved grief produced in her childhood in a migratory context is observed in the patient, which is significantly related to her disorganized insecure attachment style. In the central conflicts of the patient's present, the repetition of the traumatic occurs, connecting with unconscious aspects of these past events. As objectives of the treatment, the establishment of a space for the elaboration of grief, the reduction of anxious symptomatology in the face of university exams, the reduction of anxious symptomatology in the context of mother-child interactions, and the resignification of individual and family experiences have been proposed. The objectives have been achieved insofar as the patient has been able to reduce her anxious symptomatology, has begun the work of mourning and has begun to resignify the experiences that caused discomfort.

Keywords

Attachment, grief, migration, brief psychodynamic psychotherapy, anxious symptomatology.

Índice de Contenido

Resumen	2
Palabras clave	2
Abstract	3
Keywords	3
1. Introducción	6
1.1. La psicoterapia breve psicodinámica	6
1.2. Encuadre del caso y conceptos clave: duelo, sueños y apego	8
2. Identificación del paciente y motivo de consulta	12
3. Estrategias de Evaluación.....	13
4. Formulación clínica del caso.....	17
4.1. Descripción detallada del problema.....	17
4.2. Objetivos del tratamiento	23
5. Tratamiento.....	24
6. Valoración del tratamiento	31
7. Discusión y conclusiones.....	34
8. Referencias bibliográficas	37
9. ANEXOS.....	41

Índice de Tablas

Tabla 1. Objetivos de la Entrevista Estructural de Otto Kernberg.....	14
Tabla 2. Leyenda Genograma.....	19
Tabla 3. Cuadro de Puntuaciones T CaMir-R.....	22
Tabla 4. Tabla de tratamiento.....	29
Tabla 5. Diferenciación de la Organización de la Personalidad.....	41

Índice de Figuras

Figura 1. Genograma.....	19
Figura 2. Puntuaciones T CaMir-R.....	22
Figura 3. Ciclo metodológico de la Entrevista Clínica Estructural.....	42

Índice de Anexos

ANEXO I. Diferenciación de la Organización de la Personalidad.....	41
ANEXO II. Ciclo metodológico de la Entrevista Clínica Estructural.....	42
ANEXO III. Entrevista Estructural.....	43
ANEXO IV. CaMir-R.....	63
ANEXO V. Interpretación de las dimensiones en el CaMir-R.....	65
ANEXO VI. Inventario de Depresión de Beck BDI-II.....	67
ANEXO VII. Documento de Consentimiento Informado.....	72
ANEXO VIII. Descripción e interpretación de material onírico.....	73

1. Introducción

1.1. La psicoterapia breve psicodinámica

La psicoterapia breve psicodinámica emergió a raíz de intervenciones realizadas en situaciones de crisis desde una perspectiva psicoanalítica. Existen numerosas definiciones para conceptualizar el término, como la ofrecida por Barten (1971), que la describió como una técnica activa, localizada, orientada, adaptable y con un objetivo concreto a tratar; o la de Nemiah (1976), que destacó la aplicación de conocimientos psicoanalíticos en una técnica que permite cambios psicológicos significativos en un periodo de tiempo limitado. Asimismo, cabe destacar que la psicoterapia breve psicodinámica conecta conflictos centrales de la actualidad del paciente con hechos pasados, siendo principalmente estos inconscientes. Para lograr este objetivo, resulta necesario trabajar en el autoconocimiento de los insights mediante la ruptura de resistencias (citado en Sánchez-Barranco, 2001).

A lo largo de la historia, numerosos autores han puesto de manifiesto los beneficios de las psicoterapias breves. Ya durante la etapa preanalítica descrita por Freud, el tipo de tratamiento llevado a cabo guarda grandes similitudes con lo que después se desarrolló como psicoterapia breve psicodinámica, debido a la limitación de la duración del proceso terapéutico, acotada en pocos meses, y al enfoque en la resolución de síntomas y conflictos subyacentes a la exploración del inconsciente, destacando casos conocidos como El Hombre de las Ratas (Freud, 1909), o Gustav Mahler, entrevistado en verano de 1910, en los cuales se consiguieron resultados significativos tras cortos periodos de intervención (Braier, 1984).

Resulta preciso hablar de la psicoterapia breve psicodinámica en términos de validez empírica. Tradicionalmente, la perspectiva psicodinámica no ha sido investigada por parte de la *MBE*¹ por motivos tales como su foco en el estudio de lo inconsciente o su método basado en el vínculo entre terapeuta y paciente, elementos que dificultan el establecimiento de una fundamentación empírica. Por ello, la investigación sobre las terapias psicoanalíticas se ha llevado a cabo evaluando la práctica real y determinando su validez externa frente a la interna (Fonagy, 2002; Leuzinger-Bohleber y Kächele, 2015).

Autores como Shedler y Westen (2010) han llevado a cabo revisiones sobre trabajos psicoanalíticos, tratando de determinar su eficacia y comparándolos con otras terapias empíricamente

validadas. Estas investigaciones mostraron que “los beneficios de las psicoterapias psicoanalíticas aumentan con el paso del tiempo” (p.102), en contraposición con lo que sucede en otras psicoterapias consideradas de validez empírica, las cuales presentan una disminución de los efectos a largo plazo. Además, el autor pone el foco en estudios psicoanalíticos eficaces en los que se observan modificaciones en procesos intrapsíquicos tales como la organización del apego o la función reflexiva, comportando una reducción de la sintomatología del paciente (citado en De Celis y Méndez, 2019).

Asimismo, la Colaboración Cochrane, organización referente para la *MBE*¹ encargada de revisar intervenciones en salud, publicó en 2014 una revisión valorando la eficacia de las psicoterapias psicoanalíticas en el tratamiento de trastornos mentales comunes (Abbass et al., 2014). Los autores de esta organización realizaron una revisión para demostrar la evidencia de mayor efectividad de la psicoterapia breve psicodinámica frente a otros tratamientos, en la que seleccionaron 33 estudios controlados y aleatorizados, con 2173 pacientes adultos con diagnósticos de trastornos mentales comunes (ansiedad, depresión, trastornos de alimentación y/o somatomorfos). Los resultados mostraron una mejoría significativa en el grupo que fue tratado desde la psicoterapia breve psicodinámica, desde el momento del tratamiento hasta seis meses después. Además, se produjo un aumento de estos beneficios a largo plazo, aunque no de manera estadísticamente significativa (citado en De Celis y Méndez, 2019).

A partir de estos estudios, queda reflejada la idoneidad para trabajar con trastornos mentales comunes desde la psicoterapia breve psicoanalítica, la cual se fundamenta en tres aspectos: los objetivos terapéuticos, definidos a partir de las necesidades inmediatas y síntomas actuales del paciente; la duración, delimitada a veinticinco sesiones aproximadamente; y la técnica empleada (Braier, 1984). Para trabajar desde esta perspectiva, existen ciertos criterios a cumplir. Malan (1976) describe que el paciente ha de tener un conflicto actual y un conflicto central de infancia que estén relacionados entre sí, requiriéndose también que el paciente tome conciencia de sus problemáticas y presente motivación para indagar sobre sí mismo.

Las entrevistas son el principal instrumento empleado en estas intervenciones, ya que tienen como objetivo obtener información que ayude a comprender la dimensión clínica del caso (Ávila, 1992). Entre los tipos de entrevistas existentes, destaca la Entrevista Estructural desarrollada por Otto Kernberg, cuya finalidad es ofrecer un diagnóstico diferencial del paciente en base a los tipos de organización de personalidad psicoanalíticas: neurótico, límite o psicótico (Kernberg, 1981). Esta

¹ MBE: Medicina Basada en la Evidencia

entrevista centra su técnica en la interacción entre el terapeuta y el paciente, poniendo en marcha la clarificación, confrontación e interpretación de los conflictos del individuo, e identificando sus mecanismos de defensa, así como las posibles interpretaciones distorsionadas de la realidad provenientes de la relación de transferencia (Ávila, 1992).

1.2. Encuadre del caso y conceptos clave: duelo, sueños y apego

Para abordar el caso que nos ocupa, resulta crucial establecer un enfoque biopsicosocial, que contemple los factores biológicos, psicológicos y sociales de la paciente (Holguín-Lezcano et al., 2020). Por ello, encuadraremos el caso mencionando la situación del contexto de origen. Como punto de partida, cabe realizar un apunte acerca de las difíciles situaciones económicas, políticas y sociales que atravesaban numerosos países latinoamericanos a comienzos de siglo, las cuales forzaron a millones de personas a dejar sus países de origen y comenzar un proceso migratorio hacia las grandes ciudades españolas, las cuales incrementaron la población latinoamericana afincada (Yépez y Herrera, 2007).

Los procesos migratorios conllevan cambios con beneficios y pérdidas. Estos beneficios pueden ser la incorporación de elementos novedosos, la fantasía de tener una vida mejor y un nivel socioeconómico superior o lograr un proceso de adaptación satisfactorio al nuevo medio, entre otros. En contraposición, las pérdidas pueden estar relacionadas con la precariedad laboral y/o de vivienda, problemáticas para regularizar su situación, el rechazo y/o exclusión en el país de destino, o la pérdida de vínculos con el país de origen (González, 2005). La integración y aceptación de estas ganancias y pérdidas precisa de un trabajo de reestructuración al que denominamos duelo (Achotegui, 2002).

El **duelo** puede ser definido desde distintos prismas. Freud (2001) afirmó que el duelo es “la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.” (p.241). Bowlby (1995) apunta a este respecto que “en tanto la ansiedad de la separación es la reacción habitual a una amenaza o a algún otro riesgo de pérdida, el duelo es la reacción habitual ante la pérdida una vez que ésta ha ocurrido” (p.45). Asimismo, Grinberg (1978) puntualiza que “etimológicamente, el duelo significa “dolor” y también desafío o combate entre dos” (p.146). Estas acepciones se aplican al malestar provocado por la pérdida del objeto-persona, y de las partes del Yo depositadas en el mismo. A partir de estas definiciones, concluimos que el duelo ha de ser concebido como un proceso dinámico y activo que comporta una parte privada, con respecto a las vivencias individuales, y una parte pública, en tanto en cuanto se establezcan

rituales. Kübler-Ross y Kessler (2006) definieron cinco fases de duelo: negación, ira, negociación, depresión y aceptación, que se suceden y solapan atendiendo a la individualidad de cada caso.

Freud (2001) habló de este concepto en términos de trabajo de duelo, haciendo referencia a que la pérdida del objeto exige realizar una serie de tareas, definiéndolo como un proceso intrapsíquico en el que el sujeto deja de tener interés por el mundo exterior y elabora la pérdida, despidiéndose del objeto perdido y liberando la libido a él ligada para dirigirla a nuevos objetos. El trabajo de duelo es un proceso paulatino y lastimoso, que comporta un gran gasto de energía. Comienza con la pérdida de un objeto significativo y finaliza cuando el individuo logra separarse del mismo, reorganizando la motivación por su proyecto vital. Si no se logra este fin, el proceso de duelo no se asume como finalizado.

De igual manera, Freud (2001) apuntó que, durante el duelo, se produce una contradicción en que partes del yo se critican entre sí, y es el sujeto el que ha de ponerle fin escogiendo entre el *goce*² y un nuevo proyecto vital. Es decir, mantenerse en relación con el malestar que le ocasiona aferrarse al objeto o tomar la determinación de poder amar a otros objetos, renunciando al goce² que el dolor de la primera opción le reporta. De esta manera, señalamos que lo que Freud denomina trabajo, resulta ser un proceso, una elaboración. El individuo que está en duelo trata de utilizar lo simbólico para hacer frente a las complejas vivencias, de similar forma que ocurre con el trabajo de elaboración de los sueños, en que se elaboran ideas preconscientes para facilitar la asimilación de experiencias (Mesa, 2001).

Sñar supone elaborar aquello que se ha olvidado. En esta misma línea él consideraba que el sueño representa un procedimiento de pensamiento. La interpretación de los sueños de Freud (2001) puede ser comprendida desde el proceso de elaboración de duelo, pues este la escribió tras el fallecimiento de su padre y poniendo el foco en su propio proceso de elaboración de duelo (Florez et al., 2002). A raíz de esta publicación, el análisis de los sueños comenzó a ser utilizado como técnica terapéutica de acceso al inconsciente. Freud afirmó que los sueños eran el vehículo que podían acercarle a las ideas no conscientes. A través del estudio de los sueños, el psicoanálisis amplió su objeto de investigación, pasando de centrarse en el psiquismo patológico a también interesarse por el psiquismo de los neuróticos. La teoría freudiana defiende la idea de que los sueños representan intentos de realización de deseos inconscientes.

² Goce: "Concepto en psicoanálisis de la satisfacción que busca, constante, el deseo inconsciente, y cuya realización imposible culmina más allá del placer, acercándose al campo del dolor y el sufrimiento" (Gárate y Marinas, 2003).

Estableciendo una división de los tipos de sueños, encontramos los que cumplen con deseos infantiles y en los que aparece la censura enmascarando estos deseos. En estos últimos, se produce una represión del deseo porque la conciencia del individuo no es capaz de tolerarlo, y su expresión provoca displacer. El malestar provocado de esto se equipara al de los síntomas neuróticos, produciéndose de esta manera una confrontación entre el deseo y el temor (Freud, 1900). Cabe mencionar también la producción de sueños punitivos, a los cuales subyace un deseo de castigo (Méndez y De Iceta, 2002). Para interpretar los sueños, Freud utilizaba la técnica de la asociación libre, descubriendo así sus contenidos latentes. A través de sus propias asociaciones, Freud pudo facilitar su proceso de elaboración de duelo, tomando de esta manera conciencia de los conflictos generados durante la infancia con su padre, los cuales le ocasionaron sentimientos de hostilidad y ambivalencia hacia este (Erdelyi, 1987).

Los sentimientos de ambivalencia son frecuentes en el duelo migratorio, el cual puede ser definido como el trabajo activo de la persona que ha migrado, para adaptarse al nuevo entorno, integrando los aspectos novedosos y reubicando los que se han dejado atrás. Este proceso comporta gran complejidad de elaboración (González, 2005). Toda migración comporta un proceso conformado por distintas etapas. Numerosos autores han establecido diversas segmentaciones de dichas etapas. Sluzki (1980) estableció las siguientes: etapa preparatoria, periodo de migración, fase de asentamiento e integración, que puede incluir procesos de adaptación y desadaptación y, por último, hechos provocados por elementos transgeneracionales. Achotegui (2002) apunta que el duelo migratorio comporta sintomatología ansiosa y depresiva durante las fases de asentamiento e integración.

Los duelos migratorios son parciales, ya que el objeto perdido no se pierde para siempre, sino que existe posibilidad de reencuentro (Falicov, 2002), por lo que las pérdidas que se producen resultan ambiguas (Boss, 2001), produciéndose así una separación espaciotemporal, pero no una pérdida absoluta. La reapertura producida mediante contacto con familiares en el país de origen, o viajes al mismo, añaden complejidad al proceso de elaboración de duelo (Achetegui, 2000), pudiendo desencadenar una sensación de ambivalencia que favorezca la reactivación del duelo. Esta ambivalencia también puede darse en tanto en cuanto se produzca la consecución de logros, que ocasionen alegría y desesperanza o culpa por la ausencia del objeto perdido (Falicov, 2002). La perspectiva psicoanalítica defiende que la patología del duelo está relacionada con el sostenimiento de una relación ambivalente con el objeto-persona perdido (Fernández y Rodríguez, 2002).

Cabe apuntar que los estilos de afrontamiento y mecanismos de defensa en el duelo pueden transmitirse generacionalmente de padres a hijos, produciéndose una identificación con cómo los padres se adaptan a las nuevas circunstancias y elaboran su duelo (González, 2005). Todos los duelos han de poder elaborarse, y, si esto no se lleva a cabo, pueden darse problemáticas que favorezcan la patologización del duelo. El riesgo de que un duelo migratorio evolucione en duelo complicado, es significativamente superior que en otros tipos de duelo (Achotegui, 2002). El grado con que se vivencia el duelo dependerá del papel que el objeto haya tenido en la vida del sujeto, así como el apego desarrollado con dicho objeto (González, 2005), por lo que puede concluirse que el estilo de apego es un elemento clave en el trabajo y proceso de duelo.

La conducta de **apego** es definida por Bowlby (1989) como un sistema adaptativo con base biológica que trata de conservar la proximidad con un individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo, esto es entre el niño y su madre, o cuidador principal, durante los momentos de estrés. También Bowlby (1977) desarrolla La Teoría del Apego, en la que define el término como “tendencia de los seres humanos a crear fuertes lazos afectivos con determinadas personas en particular y un intento de explicar la amplia variedad de formas de dolor emocional y trastornos de personalidad, que se producen como consecuencia de la separación indeseada y de la pérdida afectiva” (p.31). (citado en Marrone, 2001).

En esta misma línea Bowlby (1980) defendió que los patrones de relación que una persona había tenido con sus figuras principales de apego, determinarían aspectos de su organización psíquica con respecto a sus vínculos de apego en la edad adulta. Tales aspectos son: estrategias seleccionadas inconscientemente para relacionarse socialmente, mecanismos de defensa puestos en marcha en situaciones de malestar, modo de procesar pérdidas y elaborar duelos y, por último, integración de las vivencias a través del lenguaje. Bowlby estableció los siguientes tipos de apego: seguro, evitativo, ambivalente y desorganizado (Marrone, 2001).

2. Identificación del paciente y motivo de consulta

La paciente sobre la que realizamos esta presentación es una mujer de 24 años, soltera, sin hijos, estudiante universitaria, desempleada, y con un nivel sociocultural y económico medio-bajo, a la que llamaremos Lola, con motivo de preservar su identidad. Lola es de origen latinoamericano y reside en España desde los 7 años de edad junto a su padre y sus dos hermanas, ambas mayores que ella.

Ha señalado como **motivo de consulta manifiesto** que recientemente ha comenzado a presentar frustración y malestar frente a los exámenes del grado universitario que estudia. Pese a que esta es la primera demanda que realiza, desde el inicio del proceso terapéutico, la paciente pone el foco en trabajar sobre sus vivencias directamente posteriores a la llegada a España de la familia. Lola explica que vino con su madre y hermanas a vivir a Madrid tres años después de la llegada de su padre, quien se estableció previamente para facilitar la llegada del resto de la familia. Un mes después de la reagrupación familiar, la madre de la paciente regresa al país de origen sin, aparentemente, ofrecer una explicación sólida sobre su marcha. La paciente interpreta esta vivencia como abandono y refiere además haber sufrido una amnesia temporal durante el periodo inmediatamente posterior a la marcha de la madre, como motivo de una enfermedad de la que no tiene información. Lola afirma no haber obtenido justificación alguna a esta huida por parte de ningún miembro de su familia. Declara que, desde el momento en que se produjo este abandono hasta el momento actual, ha existido un impedimento implícito para abordar este tema verbalmente. Manifiesta que “es un tema tabú” en su familia. Lola menciona haber tenido un gran sentimiento de culpabilidad por la marcha de su madre durante todo su desarrollo evolutivo, estableciendo diferentes hipótesis al respecto, pero siempre alrededor de la idea de que este regreso al país de origen se produjo exclusivamente por culpa de la paciente.

De esta manera, podemos vislumbrar como **motivo de consulta latente**, la necesidad de elaboración de un duelo no resuelto.

No ha realizado tratamientos psicológicos ni farmacológicos previos. No obstante, menciona que, debido al mal comportamiento de su hermana mediana tras su llegada a España, el padre de estas decidió realizar algunas consultas con un psicólogo de familia. Lola manifiesta no recordar prácticamente nada sobre estas entrevistas.

3. Estrategias de Evaluación

La metodología utilizada en el caso que nos ocupa se fundamenta en la Entrevista Estructural desarrollada por Otto Kernberg. Este método de entrevista se utiliza para facilitar una evaluación diagnóstica sobre el paciente dentro del proceso psicoterapéutico. Para su aplicación, se establece una exploración de los síntomas del paciente tanto en el momento actual como en el pasado, se evalúan las posibles dificultades existentes en el funcionamiento de distintas áreas de su vida tales como el ámbito social, laboral o sentimental, y se desarrolla un análisis de la organización estructural de la personalidad (Nos, 2011).

Este modelo de entrevista nos ofrece la posibilidad de establecer un diagnóstico diferencial atendiendo a la estructura de personalidad, proporcionándonos información para establecer un diagnóstico y desarrollar así un tratamiento individualizado. La Entrevista Estructural pone el foco en la experiencia subjetiva del paciente, otorgándole gran importancia a su conducta, sintomatología, organización de su estructura de personalidad, así como a la forma con que el paciente se relaciona con el entrevistador. A partir de la información recogida, se evalúa el grado de patología existente en el paciente (Nos, 2011).

Las entrevistas semanales con la paciente comenzaron el 13 de octubre de 2021, siendo estas de manera presencial e individual, y con una duración de 45 minutos, siguiendo las pautas establecidas por Kernberg (1987) dentro de la Entrevista Estructural. Este autor establece a su vez diferentes criterios estructurales para realizar una diferenciación de la organización dominante de la personalidad. En el ANEXO I (pág. 41), encontramos la Tabla 5 utilizada como instrumento para el diagnóstico estructural.

A partir de este cuadro, podemos determinar que la paciente que nos ocupa, presenta un nivel de organización de personalidad neurótico, ya que no se han producido dificultades para establecer una alianza terapéutica y ha podido desarrollar capacidad de observación de sus propios procesos psíquicos. Además, puede diferenciarse a sí misma y a los demás con claridad. Dentro de la neurosis, la represión es la operación defensiva objeto de análisis, observable en la paciente en sus relatos de amnesias producidas posteriormente a vivencias de profundo dolor. Por último, la paciente no presenta alteraciones de su juicio de realidad.

El tipo de estructura neurótica de la paciente podría identificarse con una neurosis histérica, ya que pueden reconocerse rasgos y mecanismos compatibles. La paciente fundamenta su desenvolvimiento en torno a la falta, estableciendo quejas con respecto a la carencia de amor, reconocimiento y atención de su madre. Este hecho le provoca sentimientos de malestar, frustración y profunda autoexigencia (Dor, 2015). Ejemplo de ello es el desarrollo de hipótesis que justifican la marcha de su madre, autoinculpándose por esto y por no ser suficientemente buena ni valiosa para ser querida por esta figura. En apartados siguientes, se ofrece una descripción más completa de estos ejemplos.

Para la estructura neurótica, la psicoterapia breve resulta una adecuada opción de análisis (Díaz-Benjumea, 2014). Otto Kernberg, por su parte, destacó los siguientes objetivos descritos en la Tabla 1 como foco de su entrevista:

Tabla 1.

Objetivos de la Entrevista Estructural de Otto Kernberg.

-
- 1 Explorar el mundo interno y subjetivo de la paciente
 - 2 Observar la conducta y las interacciones entra la paciente y la propia figura del terapeuta
 - 3 Clarificar, confrontar e interpretar los conflictos detectados
 - 4 Identificar los mecanismos defensivos
 - 5 Utilizar las propias reacciones afectivas de la paciente para poder establecer la naturaleza de la relación objetal subyacente
-

Nota: elaboración propia a partir de Kernberg (1987) y Kernberg (1981).

La Entrevista Estructural está conformada por varias fases (Ávila y Rodríguez, 1986):

En la **fase inicial**, propone que el terapeuta lleve a cabo una recogida de información estructurada circularmente, para posibilitar la exploración de síntomas pertenecientes a una estructura psíquica concreta (ver ANEXO II (pág. 42). A partir de la Figura 3 podemos corroborar que la paciente ha desarrollado una estructura neurótica.

La **fase media** se estructura en las etapas de clarificación, confrontación e interpretación, a través de las cuales se estudian los síntomas manifiestos. En la clarificación se exploran, junto con el paciente, los elementos de su historia que resultan incompletos, poco claros y/o contradictorios. De esta manera, el terapeuta observa el grado de comprensión del paciente sobre sus vivencias. En la confrontación se muestran al paciente aquellas áreas en que la información presentada ha sido

contradictoria o incongruente. Por último, en la interpretación, se explora la naturaleza de los conflictos y de las defensas y resistencias del paciente, estableciéndose una conexión entre la conducta actual y los conflictos subyacentes. Se establecerá el diagnóstico a través del examen de las respuestas y reacciones ofrecidas, pudiendo diferenciar de esta manera si su estructura es neurótica, límite o psicótica.

La **fase de terminación** se produce tras la parte exploratoria, sugiriendo al paciente que pueda comunicar otros asuntos objeto de interés o preocupación para ser trabajados, antes de producirse un cierre.

En el ANEXO III (pág. 43), se presenta dicha entrevista, cuyas preguntas sirven de guía para revisar la información trabajada a lo largo del proceso psicoterapéutico y facilitar de esta manera la formulación de diagnóstico clínico.

Tal y como se ha mencionado con anterioridad, para evaluar las características de personalidad de la paciente, resulta de importancia tener en cuenta sus defensas. Los mecanismos de defensa fueron definidos por Freud (1980) como “aquellos medios psicológicos que el yo utiliza para solucionar los conflictos que surgen entre las exigencias instintivas y la necesidad de adaptarse al mundo de la realidad, bajo determinadas influencias del ambiente familiar y social” (P.9). Las funciones de estas defensas pueden ser adaptativas o desadaptativas (Díaz-Benjumea, 2014).

McWilliams (2001) diferencia entre defensas primarias y secundarias: Las primarias están relacionadas con la percepción infantil del paciente, por lo que el principio de realidad y los límites entre el self y el mundo externo no están constituidos. Son unas defensas más primitivas. En contraposición, las secundarias comportan los límites internos del paciente, formándose en una etapa más madura del desarrollo. La elección de las defensas viene determinada por elementos como el estrés sufrido durante la primera infancia, posibles modelados de los padres sobre las defensas primitivas o los resultados obtenidos tras la puesta en marcha de defensas anteriormente (Díaz-Benjumea, 2014). En la página 48 de la Entrevista Estructural, se presentan las principales defensas identificadas en la paciente. A raíz de su evaluación, puede afirmarse que el hecho de que ponga en marcha defensas primarias y secundarias caracteriza su estructura neurótica (Díaz-Benjumea, 2014).

Por otra parte, a partir de las entrevistas iniciales de recogida de información, se consideró la necesidad de utilizar instrumentos de evaluación psicométricos para determinar tanto el tipo de

apego de la paciente, elemento relevante para comprender la formación de sus procesos defensivos, como el grado de sintomatología compatible con trastornos depresivos. Para ello, las pruebas administradas fueron el test CaMir-R (Balluerka et al., 2011), que evalúa el apego, midiendo las representaciones que este tiene para el sujeto y la concepción de su funcionamiento familiar en la adolescencia y principio de la edad adulta. Consta de 32 ítems presentados en una escala tipo Likert de 5 puntos (1 = Totalmente en desacuerdo, 5 = Totalmente de acuerdo), y tiene una duración de 15-20 minutos (ANEXO IV, pág. 63). Los estilos de apego que se pueden estimar a partir de este test son seguro, evitativo, preocupado y desorganizado (Solomon y George, 1999). Este test tiene unas adecuadas: consistencia interna, validez factorial, convergente y de decisión, y sus valores de alpha de Cronbach se encuentran entre 0,60 y 0,85 (Balluerka et al., 2011). Las dimensiones del mismo están descritas en el ANEXO V (pág. 65).

Así como el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (Sanz y Vázquez, 2011), cuestionario autoinforme que mide la existencia y nivel de sintomatología depresiva en adultos y adolescentes mayores de 13 años. Consta de 21 ítems presentados en escala tipo Likert de 4 puntos (0 a 3), indicando de menor a mayor el nivel de intensidad o frecuencia. Sus puntuaciones presentan una alta fiabilidad demostrada a partir de diseños de consistencia interna excelente (superior a 0.85) y su validez convergente con otras medidas de depresión adecuada. Se requieren entre 5 y 10 minutos para su cumplimentación (ANEXO VI, pág. 67).

4. Formulación clínica del caso

4.1. Descripción detallada del problema

La paciente acude a primera entrevista con actitud colaborativa, interesándose por el proceso terapéutico y ofreciendo una narración de sus ideas y argumentos clara y estructurada. En primera instancia, señala que ha comenzado a padecer recientes episodios de frustración y malestar frente a sus exámenes universitarios, debido al notable incremento en su dificultad desde el curso pasado. Cuando estos sucesos se producen, la paciente afirma “no se cómo reaccionar, me siento paralizada”. Refiere que esta frustración por no resolver los exámenes de la manera en que desearía y no obtener las calificaciones esperadas, provoca en ella profundo malestar, acompañado de rabia hacia sí misma, que suele derivar en necesidad de aislarse de su entorno.

Pese a describir una sintomatología ansiosa como motivo de consulta manifiesto, desde las primeras sesiones la paciente ofrece un relato rico sobre sus vivencias angustiosas de infancia, verbalizando “es un tema que nunca he afrontado, pero quiero hacerlo ahora”.

Empieza su relato mencionando que nació en Latinoamérica en el año 1998, siendo la menor de tres hermanas, con las que tiene una diferencia de cuatro y ocho años de edad respectivamente. Durante sus primeros años de vida, vivió en este país con sus padres y hermanas. Cuando tenía 4 años, su padre, que tenía familiares que habían comenzado a trasladarse a España “en busca de una vida mejor”, emigró a Madrid para consolidarse laboral y económicamente y facilitar así la futura migración del resto de la familia. La paciente afirma no recordar prácticamente nada sobre estos años de vida en Latinoamérica. Comenta que es a los 7 años cuando emprende el proceso migratorio junto con su madre y hermanas hasta Madrid. En su relato, no hace ninguna mención acerca de cómo se produjo la reagrupación familiar: “solo recuerdo que me sorprendieron los edificios altos y la cantidad de coches que había. Pensaba que estaba en un sueño o en una película”. La paciente, narra: “un mes después de que llegáramos a España, mi madre decide, sin previo aviso y sin explicación, volver a nuestro país, dejándonos abandonados aquí”. Al ser preguntada por los detalles de este retorno y cómo fue vivido por parte de los miembros de la unidad familiar, la paciente asegura que a su llegada a España padeció una enfermedad de la que desconoce origen y sintomatología, que le ocasionó una “amnesia temporal”, por la cual no recuerda prácticamente nada de sus primeros años en España.

Tras la marcha de la madre, la paciente manifiesta que “toda la familia siguió hablando con ella a diario prácticamente, pero de las cosas del día a día, no de las cosas que importan de verdad”. Afirma, además, que “jamás nos ha dicho por qué se fue, ni nosotros hemos hablado en casa sobre esto. Ha sido un tema tabú toda la vida”. A causa de esto, la paciente ha ido desarrollando desde su infancia, diferentes hipótesis que pudiesen justificar el abandono, siempre situándose como elemento único causante del mismo: “con tres hijas, ya se es familia numerosa y entiendo que yo era demasiada carga”, “una hija tan pequeña necesita mucha más atención y cuidados” o “ella todavía era joven, es normal que quisiera vivir su vida y no encargarse de mí”.

Por otra parte, comenta que recuerda haber estado muy triste durante los años posteriores a su llegada a Madrid, “echando mucho de menos a mi madre y llorando mucho”, aunque nunca se lo dijo. Afirma que su actitud con ella ha sido siempre buena, aunque las conversaciones “no han sido muy de verdad, solo se ha hablado de lo cotidiano”. Identifica además esta conducta de “no hablar de lo importante”, como rasgo de la unidad familiar. No es hasta transcurridas varias sesiones, cuando la paciente comienza a verbalizar la insatisfacción que le ocasiona el tipo de relación que mantiene con su madre. En varias ocasiones, Lola hace referencia a la siguiente vivencia: “cuando me pasaba algo malo o sentía que echaba mucho de menos a mi madre, cogía una foto suya y me metía debajo de la manta a llorar durante horas, hasta que me quedaba dormida”. Al ser preguntada por la respuesta de su familia al respecto, defiende que “nadie se daba cuenta”, como justificación a la falta de amparo y consuelo, sin mostrar extrañeza o malestar por ello.

A continuación, se presenta el **genograma** (Figura 1) de la paciente y su leyenda explicativa. Con motivo de preservar la identidad de las personas que en él aparecen, los nombres expuestos han sido modificados.

Figura 1.
Genograma.

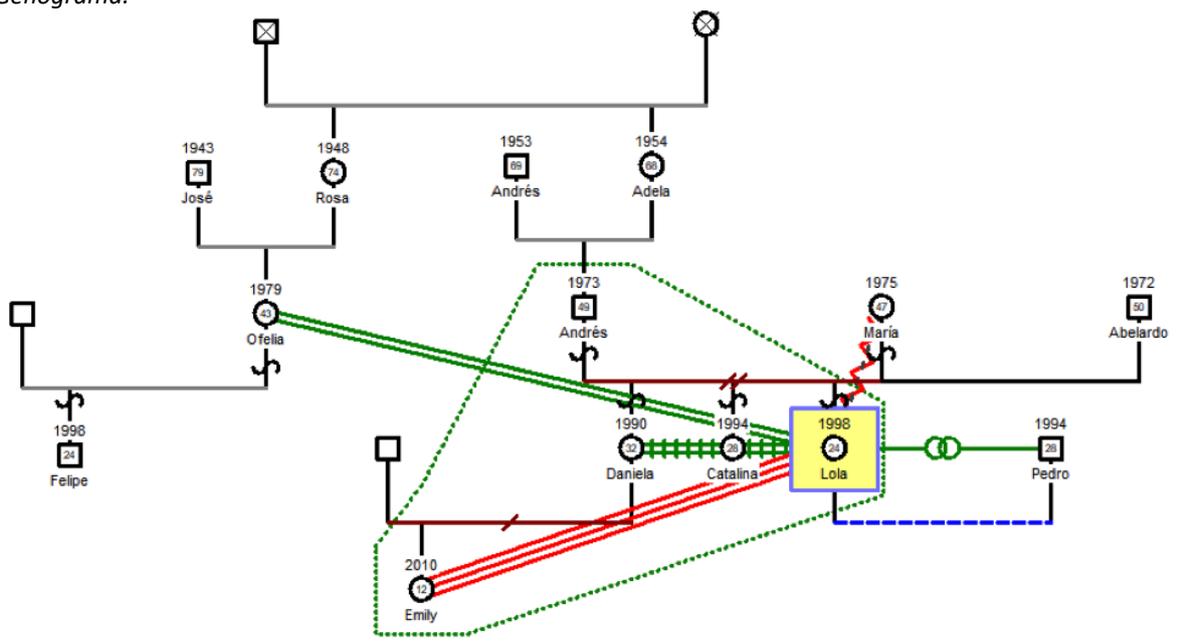


Tabla 2.
Leyenda Genograma.

	Paciente identificado/a
	Inmigración
	Relación emocional: Enamorado/a
	Compromiso emocional
	Relación emocional: Muy cercana
	Relación emocional: Cercana
	Relación emocional: Fusionado/a
	Relación emocional: Distante – Hostil
	Separación legal
	Divorcio
	Grupo familiar con convivencia

Nota: elaboración propia.

La Figura 1 y Tabla 2 muestran las relaciones familiares significativas de la paciente identificada. Como elementos centrales, destaca la migración producida en gran parte de los sujetos expuestos, la relación de compromiso emocional que mantiene con Pedro, las relaciones muy cercanas con sus hermanas, siendo especial el vínculo con la hermana mayor, Daniela; y la relación cercana con su tía Ofelia, acentuada a la llegada de la familia a España. Asimismo, presenta una

relación emocional fusionada con su sobrina, como resultado de un vínculo similar al materno-filial. Además de esto, resulta clave la relación distante y hostil que la paciente presenta con su madre. Por último, puede observarse cómo la paciente convive con sus hermanas, padre y sobrina en el momento en que se efectúa el genograma con ella. En el apartado 6 del ANEXO III (pág. 57), se puede encontrar una descripción exhaustiva de sus **aspectos relacionales** mencionados.

A este respecto cabe destacar que la paciente mantuvo una relación sentimental de tres años que comenzó con 16 años de edad, con un chico seis años mayor que ella, amigo de su hermana Catalina, en la que este cometió agresiones físicas, verbales y psicológicas contra ella reiteradamente. La paciente describe que las primeras agresiones físicas se produjeron en presencia de amistades de su ex pareja, obteniendo de ellos “indiferencia y falta de protección” y/o reacción al respecto. Señala “sorpresa absoluta” en la primera agresión física y una sensación de “paralización” al respecto, “como si alguien no me dejase reaccionar”. No habló de esta relación de violencia de género con nadie hasta hace escasos dos años, momento en que lo comunicó a su hermana mayor Daniela, la cual también fue víctima de violencia de género durante la relación que mantuvo con el padre de su hija. Cabe mencionar que, al finalizar la relación con esta pareja, la paciente comenzó a consumir marihuana diariamente con una pareja de amigos. El consumo se producía en la vivienda de estos amigos, identificada como “mi sitio seguro”. El consumo de sustancias estupefacientes se extendió durante aproximadamente un año. La paciente defiende la idea de que ningún miembro de su familia fue consciente de este consumo ni de que fue víctima de malos tratos.

En estas tres áreas de conflicto: retorno de su madre al país de origen, malestar con respecto al contexto académico y relación sentimental en la que fue víctima de violencia de género, se pueden identificar similitudes en las actuaciones, que se hipotetiza que podrían determinar un patrón de respuesta. En los tres contextos aparece el elemento sorpresa y la repetición de lo traumático. Sobre la vivencia con su madre y ex pareja dice “de una persona que te quiere, no te esperas que te haga esto”, y en cuanto al contexto académico comenta que la sintomatología aparece “cuando se produce una situación con la que no contaba, que se escapa de su alcance o que no ha podido prever”. Se identifica una evitación de búsqueda de ayuda frente a estas problemáticas.

Teniendo en cuenta las narrativas construidas por la paciente, se puede hipotetizar también que las **circunstancias de adquisición** de su sintomatología actual, pueden estar relacionadas con el profundo malestar que comenzó a producirse en su primera infancia, en la que sufrió evidentes carencias en aspectos vinculares de su apego. Esto lleva a pensar que existe una repetición de esta

forma de relacionarse con sus afectos en la actualidad. Se podría afirmar a este respecto que, frente a las vivencias de profundo malestar de infancia en las que la paciente no ha encontrado la protección requerida, sus procesos defensivos han comenzado a formarse, ocasionando que aprenda a no solicitar socorro, pese a que la situación derivada de ello le genere este malestar que comporta sintomatología ansiosa.

Con respecto a las **variables de mantenimiento** que favorecen que estos patrones de conducta se consoliden en la paciente, cabe destacar la no elaboración del duelo tras la marcha de su madre, la imposibilidad para resignificar las vivencias individuales y familiares a este respecto y la elaboración de pensamientos en el plano fantasioso de no haber sido suficientemente válida para ser querida y aceptada por su madre.

Estos elementos descritos, guardan relación con el estilo de apego desorganizado, estimado a partir del test CaMir-R. A continuación, se presentan las puntuaciones T obtenidas por la paciente, las cuales han de ser consideradas desde la perspectiva de Main (1990), autora que destaca dos estrategias básicas de apego: primaria, como predisposición con que se nace a vincularse de manera segura con la figura de apego, y secundaria, la cual se pone en marcha si la estrategia fracasa y la figura de apego no ha ofrecido una respuesta sensible para el bebé, dando lugar a un exceso o defecto de la activación emocional en la búsqueda de la figura de apego.

Para evaluar la estrategia primaria, tendremos en cuenta el “Factor 1: Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego”, el cual presenta una puntuación T de 48.8, como se indica en la Figura 2, siendo esta inferior a 50 e indicando que la paciente presenta un estilo de apego inseguro. De esta manera, pasamos a evaluar la estrategia secundaria, para la que tendremos en cuenta el “Factor 3: Interferencia de los padres”, y el “6: Autosuficiencia y rencor hacia los padres”, siendo la dimensión 3 superior a la 6, dato que indica que este estilo de apego inseguro es más cercano al apego preocupado que al evitativo. No obstante, en la Figura 2 y Tabla 3 puede observarse cómo las mayores puntuaciones se producen en las dimensiones “5: Permisividad parental” y “7: Traumatismo infantil”, las cuales sugieren un estilo de apego inseguro desorganizado.

Figura 2.
Puntuaciones T CaMir-R.

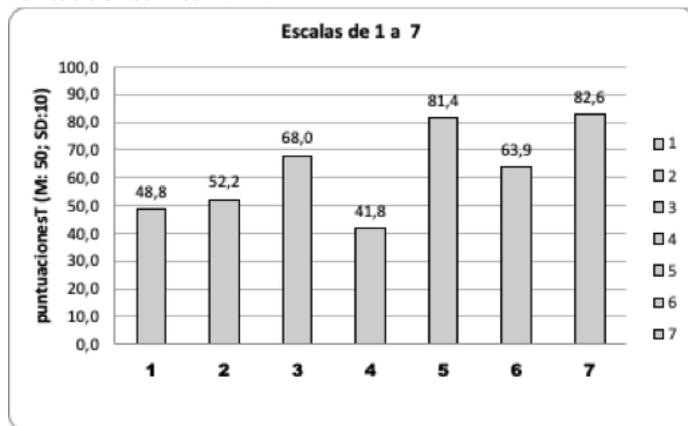


Tabla 3.
Cuadro de Puntuaciones T CaMir-R.

Escalas	Med. del sujeto	Estudio n=401 Med.	SD	Puntuaciones T del sujeto
1. Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego	4.29	4.36	.56	48.8
2. Preocupación familiar	3.33	3.18	.69	52.2
3. Interferencia de los padres	3.75	2.45	.72	68.0
4. Valor de la autoridad de los padres	3.67	4.21	.66	41.8
5. Permisividad parental	4.00	1.88	.68	81.4
6. Autosuficiencia y rencor hacia los padres	3.75	2.66	.79	63.9
7. Traumatismo infantil	3.80	1.68	.65	82.6

Nota: elaboración propia.

Por otra parte, se ha considerado administrar el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), para poder descartar posibles trastornos depresivos, puesto que, además de presentar sintomatología ansiosa, la paciente menciona sufrir tristeza profunda, sentimientos de fracaso, culpa y autocrítica desde su primera infancia hasta la actualidad, siendo todos ítems medidos en este test. La puntuación total obtenida tras el sumatorio de las respuestas ofrecidas por la paciente es de 21 puntos, lo que indica cuantitativamente, que su nivel de depresión es moderado. Cualitativamente, podemos observar unas puntuaciones mayores en el ítem “8: Autocrítica”, en que la paciente afirma criticarse a sí misma por todos sus errores, en el ítem “13: Indecisión”, señalando que tiene problemas para tomar cualquier decisión, y en el “14: Desvalorización”, en el que afirma que se siente menos valiosa cuando se compara con otros.

4.2. Objetivos del tratamiento.

Por último, cabe destacar que, mediante el proceso psicoterapéutico, se pretende la consecución de los siguientes **objetivos**:

1. Establecimiento de un espacio de elaboración de duelo no resuelto.
2. Disminución de sintomatología ansiosa frente a los exámenes universitarios.
3. Disminución de sintomatología ansiosa frente a las interacciones materno-filiales.
4. Resignificación de las vivencias individuales y familiares y aumento del conocimiento sobre aspectos intergeneracionales significativos y de la dinámica del grupo familiar.

5. Tratamiento

Las sesiones de psicoterapia breve con la paciente objeto de estudio se iniciaron el día 13 de octubre de 2021, dentro del Servicio de Asistencia Psicológica (SAP) de la Universidad Politécnica de Madrid. Se trata de un servicio gratuito para alumnos y trabajadores de dicha universidad, estableciéndose como método de pago su compromiso y asistencia para con el proceso. Las sesiones son individuales, tienen una duración de 45 minutos y periodicidad semanal hasta el fin del curso académico. El tratamiento psicoterapéutico llevado a cabo por los alumnos en prácticas del MUPGS en el SAP está siendo supervisado, tal y como se especifica en el documento de consentimiento informado ANEXO VII (pág. 67), de manera semanal. A continuación, se ofrece una descripción de cómo se han desarrollado las sesiones hasta el momento actual. Como guía para estas sesiones, se ha utilizado el manual descrito por Bellak (1983).

Sesión 1: Presentación, explicación de las condiciones del proceso psicoterapéutico y firma del documento de consentimiento informado. Indagación sobre el motivo de consulta, con foco en el síntoma principal manifiesto y su origen: “He empezado a sentir frustración y malestar frente a exámenes universitarios”.

Se guía hacia áreas de información relevantes para que ofrezca una narración exhaustiva sobre su historia de vida. La paciente centra su relato en una vivencia de abandono producida en la infancia, cuando su madre regresó al país de origen después de haber migrado junto con ella a España. Se exploran síntomas secundarios. Dentro de esta narración guiada, se insta a la paciente a hablar de antecedentes personales y familiares en la actualidad, en relación con las personas significativas de su vida y en la infancia, incluyendo información sobre padres, hermanos, pareja, etc. Se compone su genograma, observando las problemáticas descritas desde una teoría de sistemas: familiar, etnicocultural y socioeconómica. Indagación sobre tendencias de actuación en conflictos, para comenzar a recabar información sobre las defensas aplicadas.

Se pregunta por tratamientos psicológicos y psiquiátricos previos propios y familiares. Por último, se pregunta acerca de sus expectativas sobre la terapia y los objetivos que desea lograr. Durante la escucha, se comienzan a formular hipótesis sobre la interacción de los factores familiares, biológicos, médicos y sociales, con los vivenciales, para comenzar a determinar el área de intervención y su secuencia.

Sesión 2: Evaluación sobre cómo se ha sentido tras la primera entrevista y cómo ha pasado la semana, indagando posibles síntomas, novedosos o no, que se hayan producido. Esta sesión se basa en una exploración más exhaustiva de las áreas de conflicto. Señala “me he dado cuenta de que lo que de verdad quiero es saber la verdad de por qué se fue de mi madre”.

Ocasionalmente trabaja cuidando a un niño de 7 años. Refiere el profundo malestar que le ocasiona no saber si el niño está bien cuidado en su ausencia, principalmente cuando este está con su madre. Al ser preguntada por otras áreas en las que identifique sintomatología similar, menciona: “creo que me pasa cuando pasa algo que no puedo controlar”. Se aborda el propósito de que tome conciencia de su responsabilidad subjetiva sobre sus síntomas. Menciona el vínculo fusionado con su sobrina, a la cual incluye en sus planes de pareja; hecho propio de una relación materno-filial.

Sesión 3: Narra que desde los 16 a los 20 años, estuvo en una relación de pareja con un chico seis años mayor que ella, amigo de su hermana Catalina, a manos del cual sufrió malos tratos físicos y psicológicos. Detalla algunas de estas agresiones. En varias ocasiones hace referencia a una “sensación de estar totalmente paralizada” y “de una persona que te quiere, no te esperas esto”. Relacionamos esta última afirmación con el retorno de la madre a Latinoamérica, ya que la paciente empleó una expresión similar al narrar dicha vivencia. Narra conductas de consumo de estupefacientes posteriores como consecuencia de esto, y comenta la repercusión que tuvo para ella a nivel académico y laboral, evitando la parte emocional. Defiende que su familia no fue concedora de los malos tratos ni del consumo, no pudiendo identificar una posible falta de amparo o atención.

Sesión 4: Ha pasado el fin de semana con la familia paterna residente en España. Introduce la figura de su tía Ofelia, y habla del fuerte vínculo que desarrolló con ella tras la marcha de su madre: “Ha hecho de madre, bueno, ella y mi hermana Daniela”. Desarrolla la importancia de ambas relaciones en su desarrollo. Narra cómo vivió la marcha de su hermana al cumplir 18 años, manteniendo una relación en la que fue víctima de violencia de género a manos del padre de su hija. La paciente vivió esto como un segundo abandono, y destaca su preocupación constante en aquel momento por su hermana. Hablar sobre los vínculos en su familia, destacando la figura del padre. Se muestra muy emocionada durante su narración, especialmente hablando del vínculo con su padre. Le propongo que cumplimente el test CaMir-R y BDI-II para trabajar sobre ellos.

*Cancela la sesión sin antelación.

Sesión 5: Afirma sentirse culpable por no obtener los resultados académicos esperados, ocasionándole esto dificultades de sueño. Refiere que su mala higiene del sueño comenzó con el consumo de estupefacientes.

Narra una experiencia laboral de cinco meses: “sentí que necesitaba independencia y busqué en internet trabajos para irme de casa. Encontré a este padre que solo pedía que alguien hiciese la comida a sus hijos y limpiase un poco”. Destaca de esta familia falta de empatía y rigidez. “Me esforcé mucho en que los niños hablaran entre ellos, pero no lo conseguí”. “Fue un fracaso”. Hablamos de expectativas, éxito y fracaso.

Trabajamos sobre las respuestas del CaMir-R y el BDI-II. Menciona un sueño angustioso (1), descrito en ANEXO VIII (pág. 73), sobre el que se le pide que establezca asociaciones. Tras realizar esta interpretación inicial, señala que quiere empezar a hablar de sus recuerdos con los miembros de su familia.

Sesión 6: Llega contenta: “he empezado a hablar de nuestra historia, de lo que hemos vivido”. “Empecé la conversación con mi padre cuando sabía que venía Pedro a por mi y que sería corta, pero por lo menos lo hice. Les pregunté cómo vivieron que yo me fuera de casa”. Al recibir por parte de su familia afecto y preocupación, la paciente afirma sentirse incrédula: “nunca hubiese esperado que mi familia se preocupase por mi, ni que me echasen tanto de menos”. Ha planteado retomar la actividad deportiva. Fue portera de balonmano durante varios años: “aprendí a seguir para adelante pese al dolor”. Hablamos de este significante.

Sesión 7: Ha presentado a su madre y su pareja mediante videollamada y esto le ha ocasionado gran malestar: “No pude dormir y me pasé toda la noche llorando. Me sentía falsa por sonreírle a una persona que me ha hecho tanto daño”, “Siempre me he sentido culpable porque ella se fuera”. Narra las hipótesis desarrolladas. Su pareja le administró Tranquimizim. “Durante la noche estuve recordando mi infancia”. Habla de los vacaciones en el país de origen: “había algo que no me dejaba ser feliz del todo allí. Sabía que estar con mi madre no iba a ser para siempre, que se iba a acabar”. “Mi padre ahorró para pagarnos los billetes de avión y las estancias”. “Al volver a España después de las vacaciones, mi madre me decía que fuera feliz, pero yo no podía. No le había dicho nunca que, cuando la echaba de menos, lloraba debajo de la manta abrazando su foto hasta que me quedaba dormida, y creo que sigo enfadada por eso”.

Al ser preguntada por su padre, introduce elementos de ambivalencia y se muestra enfadada. “Mi padre llevó a mi madre al aeropuerto para se fuera a estar con otro hombre”. No recuerda nada

sobre el hombre, pero sus hermanas le comentaron que “pasaba mucho tiempo en casa y nos daba dinero. Fumaba mucho. Mi hermana Catalina no soporta el olor a tabaco por eso”. Ha vuelto a tener un sueño angustioso (2), ver ANEXO VIII (pág. 73).

*La paciente cancela la sesión de nuevo sin antelación.

Sesión 8: Está triste porque la nueva ola de Covid ha ocasionado un recorte en la plantilla y van a prescindir de ella en el trabajo. Está preocupada por su situación económica. Visitó a una familiar que padece una enfermedad terminal para despedirse. Esta familiar supuso un gran apoyo a su llegada a España. Tuvo dificultades para conciliar el sueño la noche del encuentro: “no esperaba verla tan grave”. Pudo hablar con su padre y hermanas sobre lo que esta tía había supuesto para la familia. Se sintió feliz por incitar la puesta en común de vivencias: “me he dado cuenta de lo importante que es poner palabras a los sentimientos y a lo que vivimos”.

Sesión 9: Ha tomado la decisión de ir a vivir con su pareja en la habitación de este en un piso compartido. Su familia quiere ayudarla económicamente para que no trabaje hasta que termine la ingeniería, y pueda así centrarse en estudiar. “Al principio me hizo ilusión y me emocionó, pero luego he pensado que me voy a sentir muy culpable si no me va bien. No me veo capaz de conseguirlo”. Menciona que, durante la celebración de Nochevieja, propuso a su familia realizar un juego en que todos anotasen adjetivos positivos y negativos del resto de miembros. La paciente se mostró sorprendida por lo que sus familiares destacaron de ella. Quiere traer sus diarios de infancia a sesión.

Sesión 10: “Muy agobiada” porque le abordan pensamientos en que relaciona diferentes áreas de conflicto: “voy a suspender porque no he tenido suficiente apoyo de mi madre”. Dice haber consumido psicofármacos para frenar estos pensamientos intrusivos. Narra la presión que sufre por parte del entorno familiar para que sea exitosa: “Si vienes a España tienes que triunfar, no puedes no aprovechar la oportunidad”. Trabajamos expectativas, éxito y fracaso. Ha tenido varias disputas con su madre. Por una parte, la madre está decepcionada con que haya ido a vivir con su pareja: “Eres mi pequeña, no te puedes casar todavía”, le dice llorando. “Me dice esto para hacerme sentir mal”, “solo voy a llevar más ropa a su casa, porque prácticamente ya vivía ahí. Ella tiene otra cultura, en nuestro país irte a vivir con tu pareja significa otra cosa, no me entiende”. Por otra, la madre sigue exigiéndole que le hable de usted, como es tradicional en su país de origen. “Hablar de usted es mostrar distancia, es como si quisiera que siguiese habiendo una barrera entre nosotras”.

Sesión 11: Relata una agresión sexual sufrida por parte de un primo 10 años mayor, cuando esta tiene 5: “Él me recoge del jardín de infancia en coche. Cuando llegamos a casa, me tumba en la cama y empieza a quitarme el uniforme. Aprovecha ese momento para tocarme”. Está seria y rígida durante el relato, menciona sentir “culpa y vergüenza por haberle parado”. Pese tener dificultades iniciales, la paciente concluye verbalizando rabia por no haber tenido amparo ni protección de su madre “no estuvo ahí para protegerme”. Tras esto, dice “acabo de recordar una situación que me pasó justo después y que tampoco había contando a nadie antes”. Narra un viaje en el que acompañó a su madre y un amante, compartiendo habitación de hotel con ellos. “Recuerdo despertarme en mitad de la noche y ver a mi madre subiéndose las bragas”. Destaca “muchísima rabia por la infidelidad a mi padre, él no se lo merecía, él estaba trabajando para sacarnos a todas de allí”. No se ubica en su relato, y al puntualizarlo, rompe a llorar: “me he sentido cómplice de esta infidelidad toda la vida”. Trabajamos sobre la falta de amparo y protección en ambas vivencias.

Sesión 12: Llega muy angustiada. Esta semana, mientras visitaba a su padre y hermanas en la casa familiar, reciben una videollamada de una tía, madre del primo que le agredió sexualmente. Destaca que se siente forzada a hablar con ellos, desencadenando esto un gran malestar, acompañado de sueños angustiosos (3 ,4 y 5), descritos en el ANEXO VIII (pág. 73).

Sesión 13: Menciona mucha angustia por su situación académica “no creo que sea capaz de sacarlo, no tengo el nivel que se exige”, “ayer tuve un bajón por esto y me hago una coraza y me enfado con todo el mundo, pero en realidad me enfado conmigo”. Por primera vez, verbaliza temores relacionados con perder a su pareja “tengo miedo a que encuentre a alguien mejor que yo”. Narra ejemplos en los que se compara con chicas de su entorno. Concluye: “al final es miedo a quedarme sola, que nadie me quiera, porque a veces pienso que no me merezco que me quieran”. Trabajamos sobre los miedos y a la idea de no ser válida para ser querida.

La Tabla 4 resume el tratamiento llevado a cabo hasta el momento, así como de los aspectos que podrían ser objeto de estudio durante la continuidad de la fase media y la siguiente fase final:

Tabla 4.
Tabla de tratamiento.

Sesiones	Objetivos		Áreas de evaluación		Metodología / Técnica	
Fase de inicio del tratamiento	Diagnóstico psicosociopatológico		Tipo de grupo familiar de origen		Tests psicométricos (CaMir-R y BDI-II) y Entrevista Estructural	
			Incidencia del grupo en la problemática actual			
	Evaluación diagnóstica y pronóstica y establecimiento de Diagnóstico Psicodinámico	Evaluación de las condiciones yoicas (recursos con los que cuenta el yo del paciente)	Funciones yoicas básicas (percepción, memoria, pensamiento, ...)		Historia de relaciones interpersonales, fantasías, sueños, recuerdos y resultados de tests psicométricos	
			Relaciones objetales			
			Mecanismos defensivos	Esfuerzos por mantener el control	Desplazamiento, racionalización	Entrevista Estructural
				Defensas represivas	Disociación, formaciones reactivas, aislamiento	
				Defensas regresivas	Versión hacia el yo de la agresividad dirigida contra el objeto, consumo de alcohol y drogas	
			Regulación de autoestima		Sentimientos de culpa, Necesidad de castigo, ideales de éxito	
			Tipo de sexualidad			
			Búsqueda interna y/o externa de explicación a las dificultades propias			
			Control de impulsos			
			Capacidad de comprensión interna o <i>insight</i>		Explicaciones e interpretaciones de paciente y terapeuta sobre el material expuesto	
	Análisis de las características del tipo de relación con el terapeuta		Tipo de relación con el terapeuta	Entrevista Estructural		
	Confección de la historia clínica		Perspectiva biopsicosocial, vivencias, recuerdos, aparición de conflictos actuales y pasados, dificultades en el desarrollo evolutivo	Entrevista Estructural y resultados de tests psicométricos		
Devolución diagnóstica y pronóstica		Actitud reflexiva, tipo de aceptación y acuerdo del paciente	Explicación verbal diagnóstica y pronóstica			
Convenio sobre metas terapéuticas		Expectativas terapéuticas	Clasificación de las metas: Primordiales y secundarias, inmediatas y mediatas			
Explicación del método de trabajo		Actitud reflexiva, tipo de aceptación y acuerdo del paciente	Explicación verbal			
Mejora de la función reflexiva		Grado de comprensión y toma de conciencia sobre las problemáticas	Clarificación, confrontación e interpretación (EE)			
Fase media del tratamiento	Disminución de sintomatología ansiosa frente a exámenes universitarios	Identificación y reconocimiento de desencadenantes internos y externos de la sintomatología				
	Poder encontrar un espacio de elaboración de duelo no resuelto	Alianza terapéutica, relación de transferencia, espacio de seguridad e intimidad, adherencia al tratamiento	Setting de las sesiones			
	Disminución de sintomatología ansiosa frente a interacciones materno-filiales	Identificación y reconocimiento de desencadenantes internos y externos de la sintomatología	Clarificación, confrontación e interpretación (EE)			

Fase final del tratamiento	Resignificación de las vivencias individuales y familiares y aumento del conocimiento sobre aspectos intergeneracionales significativos y de la dinámica del grupo familiar	Grado de resignificación y relevancia de los contenidos desarrollados	Indagaciones de la paciente al respecto
	Exposición del paciente de otros asuntos objeto de interés o preocupación	Evaluación de las limitaciones del tratamiento	Exposición de los aspectos trabajados e indagación de áreas de preocupación
	Elaboración de la despedida y del cierre del proceso psicoterapéutico	Evaluación cualitativa sobre las vivencias durante el final de la psicoterapia y Resignificación de la relación de transferencia	Recapitulación del proceso terapéutico, señalando otros aspectos objeto de interés para continuar trabajando

Nota: elaboración propia a partir de Coderch (1990) y Braier (1984).

6. Valoración del tratamiento

Tras haber realizado con la paciente objeto de estudio 13 sesiones de psicoterapia breve con orientación psicodinámica, pueden determinarse la efectividad y eficiencia de la intervención que se está realizando a partir de los siguientes aspectos:

En primer lugar, su **adherencia al tratamiento** ha sido y continúa siendo satisfactoria, gracias a la alianza terapéutica desarrollada entre terapeuta y paciente y a la creación del espacio de seguridad e intimidad creado y sostenido entre ambas partes.

De igual manera, puede afirmarse que **la relación de transferencia** que la paciente ha desarrollado hacia la figura de la terapeuta es positiva, situándose esta de manera dinámica en el proceso de introyección de aspectos y vivencias que habían quedado asiladas durante su desarrollo. La emergencia de esta parte aislada, ha sido el detonante de la sintomatología ansiosa descrita a lo largo de las sesiones psicoterapéuticas.

Previamente a establecer la valoración del tratamiento, resulta de importancia destacar **cómo se delimitó el motivo de consulta latente** a partir del motivo de consulta manifestado por la paciente, ya que, como se ha mencionado a lo largo del trabajo, ambas argumentaciones resultan dispares. Para llevar a cabo esta tarea, resultaron clave las narraciones ofrecidas por la paciente, debido a que, pese a que la primera problemática identificada y definida por su parte fuese este motivo de consulta manifiesto relacionado con la sintomatología ansiosa dentro del contexto académico, ya desde el inicio del proceso psicoterapéutico la propia paciente comenzó a ofrecer un relato rico sobre sus vivencias de infancia y las dificultades que estas habían generado desde su desarrollo hasta el momento actual, poniendo el foco de la psicoterapia en estas cuestiones. De esta manera, y gracias a estas narraciones guiadas de la paciente, pudieron determinarse los objetivos de la psicoterapia breve expuestos a continuación.

Estos **objetivos** planteados se delimitaron a partir del convenio de metas establecido entre terapeuta y paciente. Como aspecto a destacar, cabe recordar que se ha trabajado desde la psicoterapia breve, por lo que, desde el inicio del proceso psicoterapéutico, se han tratado de identificar aquellas áreas que ocasionaban una mayor interferencia en la cotidianidad de la paciente, como se indica en la introducción teórica de este trabajo. De manera cualitativa y a partir de la observación realizada sobre los cambios descritos y la evolución de las narraciones que ofrece la

paciente, se determina que se ha producido la consecución de los objetivos de la manera en que seguidamente se expone:

1. **Se ha logrado establecer un espacio para comenzar a elaborar el duelo no resuelto** de la paciente, ocasionado por el retorno de su madre al país de origen, como se explica a lo largo del trabajo; pero no se puede determinar que este duelo haya sido resuelto, puesto que esto requeriría de un proceso terapéutico más prolongado en el tiempo. Pese a esto, sí que puede señalarse la paciente ha conseguido pasar de la fase de depresión a la de aceptación dentro de su proceso.
2. **La paciente ha logrado disminuir su sintomatología ansiosa fisiológica y motora frente a la realización de exámenes universitarios**, pero no ha logrado erradicarla. Esta sintomatología descrita por ella suele consistir en sudoración, aumento del ritmo cardiaco, temblores y, a nivel cognitivo, pensamientos relatados durante las últimas sesiones tales como el profundo malestar que sus altas expectativas, pensamientos de fracaso y de “no ser capaz o no estar a la altura” le ocasionan en este ámbito. No obstante, resultan ahora para la paciente más identificables los temores o pensamientos que desencadenan esta sintomatología y, por tanto, el nivel de malestar no es tan acusado. Se continuará trabajando en los meses próximos de psicoterapia para que la sintomatología pueda cesar.
3. Asimismo, **la paciente ha podido reducir su sintomatología ansiosa frente a las interacciones con su madre**. Tal y como se menciona en la descripción de las sesiones, la paciente presentaba sintomatología ansiosa fisiológica relacionada con sensación de malestar, ira, nerviosismo, grandes dificultades para conciliar el sueño, y cognitiva en cuanto a los pensamientos relacionados con autocrítica, culpabilidad, inutilidad y fracaso. A este respecto, la paciente ha podido comenzar a resignificar la perspectiva idealizada y autoritaria de su madre, pudiendo tomar conciencia de su posición de neurosis histérica en que se situaba como no válida para ser querida genuinamente por su madre, rompiendo a su vez con las hipótesis que fundamentaban y sostenían su posición de rigidez. Para ello, ha tenido que pasar por un proceso de atravesamiento de la angustia que los términos de la relación con su madre le ocasionaban. De esta manera, la sintomatología ansiosa que aparecía a partir de las interacciones entre madre e hija, se ha visto significativamente disminuida.
4. Con respecto al último objetivo desarrollado, **la paciente ha comenzado a resignificar sus vivencias** individuales y ha podido incitar espacios para que los miembros de su familia también puedan hacerlo conjuntamente, como se describe en diferentes sesiones del tratamiento. Además, **ha podido aumentar su conciencia sobre aspectos intergeneracionales**

significativos y de la dinámica del grupo familiar a partir de estos espacios de conversación intrafamiliar. En la Tabla 4, que resume el tratamiento llevado a cabo, se establece que la consecución de este objetivo se situaría en la fase final del tratamiento. No obstante, la paciente ha iniciado aproximaciones para resignificar sus vivencias familiares, y ha podido comenzar a tomar conciencia de las posiciones que ha ido ocupando con respecto a su familia.

Además de esto, cabe mencionar que, si el tratamiento contase con una duración mayor, se podría aumentar el número de los objetivos a trabajar. A continuación, se exponen algunos de aquellos objetivos, que se han comenzado a trabajar de manera secundaria, debido a las características del tratamiento dentro del SAP, que podrían pasar a ser objetivos principales o nuevos focos de una psicoterapia más prolongada.

5. Ampliación y mejora de la función reflexiva, en tanto en cuanto la paciente pueda observar su modo de actuación desde un prisma diferente, pudiendo tomar conciencia de sí misma y de su entorno.
6. Entendimiento y toma de responsabilidad de la posición subjetiva frente a los síntomas de la paciente, ya que resulta clave que la paciente pueda identificar su parte de implicación en la sintomatología que padece, tomando conciencia de qué la origina.
7. Comprensión de los propios mecanismos del funcionamiento psíquico, en cuanto a lo que la posición de la neurosis histérica representa en esta paciente y la organización de su comportamiento con respecto a la falta, extrapolable a todas las áreas de su vida, que se inició en esta percepción de carencia de cariño por parte de la madre, por la experiencia de separación, tal y como se indica en el apartado de las estrategias de evaluación.
8. Conocimiento de las dinámicas defensivas empleadas, mejora de la relación con estas e incorporación de nuevos mecanismos de defensa frente a situaciones de malestar, para así lograr salir de las posibles tendencias repetitivas en situaciones de displacer.

Como se ha mencionado en numerosas ocasiones, el tratamiento psicoterapéutico continuará previsiblemente hasta finales del mes de mayo, siguiendo con el convenio que UNIPSI tiene con el Servicio de Atención Psicológica de la Universidad Politécnica de Madrid (SAP), y es por ello por lo que no se han podido establecer comparaciones de medidas pre-post tratamiento en este trabajo. No obstante, tanto el test CaMir-R como el BDI-II serán administrados de nuevo previamente al fin del proceso psicoterapéutico, para poder comparar estas medidas cuantitativas.

7. **Discusión y conclusiones**

Tras haber finalizado con la evaluación del proceso psicoterapéutico llevada a cabo hasta el momento con la paciente objeto de estudio, puede afirmarse que dicho caso resulta clínicamente relevante para la literatura existente debido a los siguientes aspectos:

En primer lugar, cabe destacar la dificultad para encontrar en la literatura científica existente, estudios de caso cuyas variables principales objeto de evaluación sean el duelo, el apego, la migración y la repetición de lo traumático desde la perspectiva de la psicoterapia breve psicodinámica. Es por ello, que se ha tratado de demostrar la validez empírica externa de este proceso psicoterapéutico a partir de la evaluación de su práctica real, tal y como se determina en la introducción teórica de este trabajo.

Para determinar su eficacia, autores como Shedler y Westen (2010), determinaron la importancia de observar modificaciones en procesos intrapsíquicos tales como la organización del apego o la función reflexiva, que a su vez comportasen una reducción de la sintomatología de la paciente. Es por ello que se ha puesto especial atención en identificar el estilo de apego de la paciente, para poder así determinar su relación con la sintomatología y la existencia de conflictos actuales. A este respecto, podría hipotetizarse que la continuidad de este tratamiento, podría comportar que fuese categorizado como eficaz.

Por otra parte, y tal y como se ha descrito en apartados anteriores, destaca en este caso como problemática central el duelo no resuelto sufrido a partir del retorno de la madre al país de origen, vivenciado por la paciente como abandono. Resulta de importancia señalar que, siguiendo las fases de duelo propuestas por Kübler-Ross y Kessler (2006), puede identificarse que la paciente comenzó el proceso psicoterapéutico en la fase de depresión, como respuesta a la gran pérdida. Esta etapa se caracteriza por una sensación de vacío, tristeza profunda, culpabilidad, autocrítica y la creencia de que la sintomatología depresiva va a perdurar para siempre. Tras las 13 sesiones de intervención llevadas a cabo, la paciente ha comenzado a iniciarse en la fase de aceptación, de manera en ocasiones solapada con la fase de depresión. Esto es debido a que ha podido comenzar a aceptar la realidad de la permanente marcha de su madre, aprendiendo a vivir con ello, pese a que este hecho siga sin agradarle.

Los resultados obtenidos de las interpretaciones a partir de las narraciones ofrecidas por la paciente, han podido dar cuenta de que el proceso psicoterapéutico ha resultado beneficioso para la misma. Como el tratamiento continuará, las medidas post de los test psicométricos que se repetirán antes de finalizar el mismo, podrán ofrecer una valoración cuantitativa con respecto a su estado.

En lo que respecta a la intervención diseñada y la técnica utilizada en el proceso psicoterapéutico de este caso, puede destacarse la importancia de haber podido contar con supervisiones clínicas semanales, organizadas por parte del tutor de prácticas, el cual cuenta con el grado suficiente de experiencia para el manejo de los procesos psicoterapéuticos de todos los casos clínicos tratados dentro del SAP. Estas supervisiones han resultado clave para garantizar la buena praxis de la práctica clínica y han servido como guía para poder arrojar luz a aspectos de la narrativa de la paciente en los que no se había puesto el foco previamente, trabajándose así el ejercicio de la escucha psicoanalítica. Además, atendiendo a las características de cada caso, se han podido estudiar diferentes textos psicoanalíticos en el espacio de estas supervisiones para comprender aspectos sobre la fundamentación de los comportamientos de los pacientes. En el caso de la paciente objeto de este estudio, estos textos han facilitado la comprensión de su posición de neurosis histérica.

En lo que concierne a la literatura relevante relacionada con estudios de este tipo, resulta de importancia mencionar que no existe un gran número de estudios actuales que fundamenten teóricamente este trabajo, por lo que se ha optado por emplear principalmente fundamentación teórica clásica.

Con respecto a las limitaciones encontradas en el estudio, cabe destacar las defensas y resistencias puestas en marcha por la paciente tras sesiones en los que se trabajaban aspectos de especial sensibilidad para ella, teniendo como resultado la cancelación de dos sesiones sin antelación para poder reprogramar la cita. Además, puede interpretarse también como limitación contar con una duración acotada a aproximadamente 25 sesiones del proceso psicoterapéutico, ya que, como se ha destacado en el apartado anterior, los objetivos terapéuticos han de ser concretos y factibles para su consecución en tan corto periodo de tiempo.

Como cuestiones para investigaciones futuras, sería importante continuar estableciendo evaluaciones de estudios de caso desde la psicoterapia breve, independientemente de la perspectiva y orientación psicológica que la fundamenten. La realidad clínica actual, demuestra lo efímero de los

tratamientos psicológicos, ya sea dentro del ámbito público, ocasionado por la sobrecarga de pacientes demandantes de intervención, como en el ámbito privado, en el cual, gran parte de los pacientes que acuden suelen tener contratados un número limitado anual de sesiones de psicoterapia con su aseguradora privada, y difícilmente alargan su tratamiento cuando este número de sesiones cubiertas por el seguro finalizan. Por ello, y por la inmediatez con la que se quieren obtener resultados, resulta importante la implementación de este enfoque, y su consiguiente evaluación por parte de la literatura clínica.

Para finalizar este trabajo, resulta necesario concluir destacando sus principales aportaciones. En primer lugar, parece de importancia poder tomar conciencia del trabajo de duelo como proceso activo y dinámico por parte de la persona que lo sufre, desmitificando así la idea de que el simple paso del tiempo hará el duelo sea elaborado. Ha podido demostrarse que se requiere de un espacio para poder trabajar los duelos, teniendo en cuenta el amplio espectro que los engloba. Además, se ha podido comprobar la relación significativa que tiene dicho proceso de duelo, con el tipo de vinculación que el sujeto tuvo con la persona-objeto perdido. En esta misma línea, se ha podido comprobar la influencia que el estilo de apego desarrollado durante la infancia, tiene en el afrontamiento adulto de las dificultades y en la puesta en marcha de los mecanismos de defensa. Por último, ha de mencionarse la enorme necesidad de la resignificación de las vivencias traumáticas de infancia, en tanto en cuanto, realidades que a priori puedan ocasionar un profundo malestar, puedan ser aceptadas y observadas desde otro prisma, para que el malestar asociado a estas pueda disminuir, y por tanto su sintomatología pueda cesar.

8. Referencias bibliográficas

- Abbass, A. A., Kisely, S. R., Town, J. M., Leichsenring, F., Driessen, E., De Maat, S., Gerber A., Dekker, J., Rabung, S., Rusalovska, S., y Crowe E. (2014). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane database of systematic reviews*, (7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004687.pub4>
- Achotegui, J. (2002) *La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural*. Barcelona: Editorial Mayo.
- Achotegui, J. (2000). Los duelos de la migración: una perspectiva psicopatológica y psicosocial. *Medicina y Cultura*. Barcelona: Editorial Bellaterra, 88-100.
- Ávila, A., Jimenez, F., Ortiz, P. y Rodriguez, C. (1992). *Evaluación en Psicología Clínica I. Proceso, método y estrategias psicométricas*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- Ávila, A. y Rodríguez, C. (1986). *Psicodiagnóstico Clínico. Fundamentos conceptuales y perspectivas*. Madrid: Eudema (2ª edición revisada).
- Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A., y Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*, 23, 486-494.
- Barten, H.H. (1971). *Brief Psychotherapy*. New York: Behavioral Publications.
- Bellak, L. (1983). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. Santafé de Bogotá, México D.F.: Manual Moderno.
- Bellver, A., Gil-juliá, B., y Ballester, R. (2008). Duelo: evaluación, diagnóstico y tratamiento. *Psicooncología*, 5(1), 103-116. Recuperado de: https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Bellver%2C+A.%2C+Gil-juliá%2C+B.%2C+y+Ballester%2C+R.+%282008%29.+Duelo%3A+evaluación%2C+diagnóstico+y+tratamiento.+Psicooncolog%C3%ADa%2C+5%281%29%2C+103-116.+&btnG
- Bowlby, J. (1998). *La separación: El apego y la pérdida*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1995). *Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1989). The role of attachment in personality development and psychopathology. *The Course of Life*. International University Press.
- Bowlby, J. (1980). *La pérdida afectiva* (Vol. 3). Buenos Aires, Argentina: Paidós.

- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds: I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. *The British journal of psychiatry*, 130(3), 201-210.
<https://doi.org/10.1192/bjp.130.3.201>
- Boss, P. (2001). *La pérdida ambigua: Cómo aprender a vivir con un duelo no determinado*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Braier, E. A. (1984). *Psicoterapia Breve de orientación psicoanalítica*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Nueva Visión.
- De Celis, M., y Méndez, J. A. (2019). La eficacia de la psicoterapia psicoanalítica: rumores, certezas y controversias una década después de Shedler. *Aperturas Psicoanalíticas*, 63. Recuperado de: <http://www.aperturas.org/imagenes/archivos/ap2020%7Dn063a5.pdf>
- Díaz-Benjumea, L. J. (2014). Diagnóstico Psicoanalítico. Comprender la estructura de personalidad en el proceso clínico (McWilliams, N.). *Apertura Psicoanalítica, Revista Internacional de Psicoanálisis*, 47. Recuperado de: <https://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000852>
- Falicov, C. (2001). Migración, pérdida ambigua y rituales. *Perspectivas sistémicas*, 69 (2). Argentina (Publicación de la ponencia al VIII Congreso de Terapia Familiar de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar. Octubre de 2002.
- Fernández, A., y Rodríguez, B. (2002). Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria (I): el proceso del duelo. *Medifam*, 12(3), 100-107. Recuperado de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002000300008
- Florez, E., Ospina, G., y Valencia, M. (2010). Sueños y elaboración de duelos. *Affectio Societatis*, 3(6). Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5029974>
- Fonagy, P (2ª ed.). (2002). *An open door review of outcome studies in psychoanalysis*. Londres, Reino Unido: International Psychoanalytic Association. Recuperado de: https://www.ipa.world/ipa/IPA_Docs/Open%20Door%202002.pdf
- Freud, A. (1954). *El Yo y Los Mecanismos de Defensa*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Freud, S. (2001). La interpretación de los sueños (Vol. IV). (Etcheverry, J.L., Trad.). Amorrortu Ediciones. (Obra original publicada entre 1900 y 1970).
- Freud, S. (2001). *A propósito de un caso de Neurosis Obsesiva "El hombre de las ratas"* (Vol.X). (Etcheverry, J.L., Trad.). Amorrortu Ediciones. (Obra original publicada en 1909).
- Freud, S. (2001). *Duelo y Melancolía* (Vol. XIV). (Etcheverry, J.L., Trad.). Amorrortu Ediciones. (Obra original publicada en 1917).

- Freud, S. (2001). *Análisis terminable e interminable* (Vol.XXIII). (Etcheverry, J.L., Trad.). Amorrortu Ediciones. (Obra original publicada en 1937).
- Hugh, M. (1987). *Psicoanálisis: La psicología cognitiva de Freud*. Barcelona: Labor SA.
- Gárate, I., y Marinas, J. (2003). *Lacan en español*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- González, V. (2005). El Duelo Migratorio. *Revista del Departamento de Trabajo Social* (7), 77-97.
- Grinberg, L. (1978). *Culpa y depresión* (5ª ed.). Argentina: Editorial Paidós.
- Holguín, A., Arroyave, L., Ramírez, V., Echeverry, W. A., y Rodríguez, A. (2020). El autocuidado como un componente de la salud mental del psicólogo desde una perspectiva biopsicosocial. *Poiésis*, (39), 149-167. <https://doi.org/10.21501/16920945.3760>
- Kernberg, O. (1987). *Trastornos graves de la personalidad: Estrategias Psicoterapéuticas*. Mexico DF, Mexico: El Manual Moderno.
- Kernberg, O.F. (1981). "Structural Interview" *Psychiatric Clinic of North America*, 4 (1), 169-195.
- Kernberg, O. (1979). *La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico*. Buenos Aires, Argentina: Paidós (Obra original publicada en 1977).
- Kübler-Ross E., y Kessler, D. (2006). *Sobre el duelo y el dolor*. Barcelona: Ediciones Luciérnaga.
- Lacasa, F., y Muela, A. (2014). Guía para la aplicación e interpretación del cuestionario de apego CaMir- *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y el adolescente*, 24, 83-93. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-137411>
- Leuzinger-Bohleber, M. y Kächele, H. (3ª ed.). (2015). *An Open Door Review of Outcome and Process Studies in Psychoanalysis*. Londres, Reino Unido: International Psychoanalytical Association.
- Main, M. (1990). Cross-cultural studies of attachment organization: Recent studies, changing methodologies, and the concept of conditional strategies. *Human development*, 33(1), 48-61. Recuperado de: <https://www.karger.com/Article/Abstract/276502>
- Malan, D. (1976). *The Frontier of Brief Psychotherapy*. New York: Plenum Press.
- Malan, D. (1976). *Toward the Validation of Dynamic Psychotherapy*. New York: Plenum Press.
- Maldavsky, D. (2013). *ADL Algoritmo David Liberman: Un instrumento para la evaluación de los deseos y las defensas en el discurso*. Argentina, Buenos Aires: Paidós.
- Marrone, M. (2001). *La teoría del apego: Un enfoque actual*. Madrid: Psimática.
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic Diagnostic. Understanding Personality Structure in the Clinical Process*. New York: The Guilford Press.

- Méndez, J. A., y de Iceta, M. (2002). La teoría de los sueños. Parte I: una revisión bibliográfica. *Aperturas psicoanalíticas*, 12. Recuperado de: <https://aperturas.org/articulo.php?articulo=217&a=La-teoria-de-los-suenos-Parte-I-una-revision-bibliografica>
- Mesa, C.C. (2001). El duelo es un trabajo. *Revista médica Universidad de Antioquia: Iatreia*, 14. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia>
- Nasio, D. (2009). *El placer de leer a Freud*. Barcelona: Gedisa.
- Nemiah, J.C. (1976). *The frontier of brief psychotherapy: An example of the convergence of research and clinical practice*. New York: Plenum Medical Book Co.
- Nos, J. (2011). Entrevista al Dr. Otto Kernberg. *Temas de Psicoanálisis* 2, 11-24. Recuperado de: <https://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2011/06/PDF-OTTO-KERNBERG.pdf>
- Ruíz, J. (2001). *Trabajando los sueños: Interpretaciones en Psicoterapia*. R&c Editores. Recuperado de: <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Suenos/suenos.htm>
- Sanz, J. y Vázquez, C. (2011). Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). Pearson Educación, S.A.
- Shedler, J. y Westen, D. (2010). The Shedler-Westen Assessment Procedure: making personality diagnosis clinically meaningful. *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders*, 125-161. Recuperado de: https://swapassessment.org/wp-content/uploads/2013/02/SWAP_2010_Shedler_Westen_SWAP_Making_Personality_Diagnosis_meaningful.pdf
- Sluzki, C. (1980). Migración y conflicto familiar. *Artículo de la Revista Terapia Familiar*, (6), 87-106.
- Solomon, J. E., y George, C. E. (1999). *Attachment disorganization*. New York: The Guilford Press.
- Yépez, I., y Herrera, G. (2007). *Nuevas migraciones latinoamericanas a Europa: Balances y desafíos*. Ecuador: Obreal.

9. ANEXOS

ANEXO I. Diferenciación de la Organización de la Personalidad.

Tabla 5.

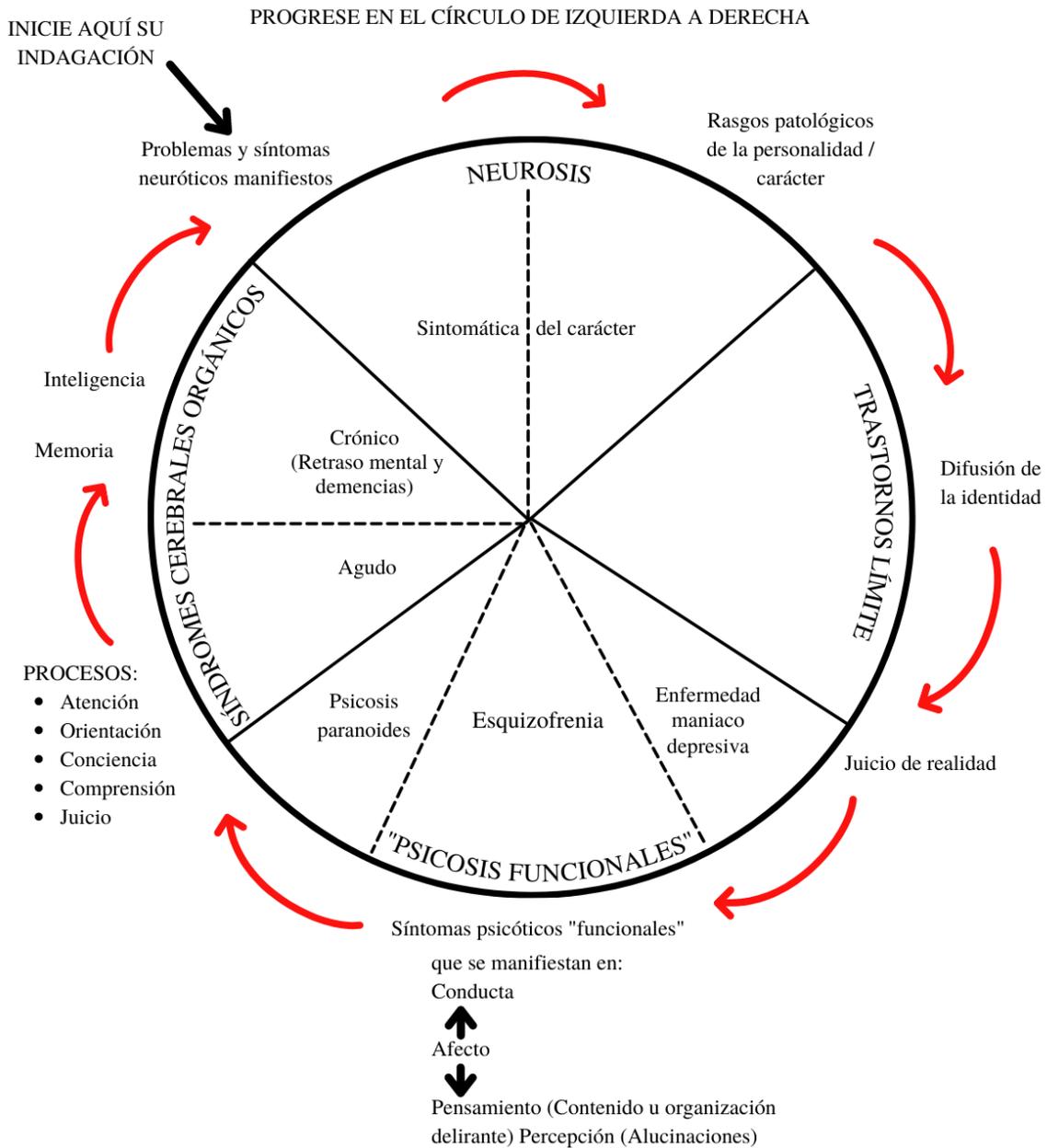
Diferenciación de la Organización de la Personalidad.

CRITERIOS ESTRUCTURALES	NEURÓTICO	LÍMITE	PSICÓTICO
Integración de la Personalidad	Firme delimitación de las representaciones del Sí mismo y de los objetos.	Firme delimitación de las representaciones del Sí mismo y de los objetos.	Las representaciones del Sí mismo y de los objetos están mal delimitadas o bien hay identidad de delirio.
	<i>Identidad Integrada:</i> Las imágenes contradictorias del Sí mismo y los otros se integran en concepciones globales.	<i>Difusión de Identidad:</i> Los aspectos contradictorios del Sí mismo y los otros están mal integrados y se mantienen separados.	<i>Difusión de Identidad:</i> Los aspectos contradictorios del Sí mismo y los otros están mal integrados y se mantienen separados.
Operaciones defensivas	<i>Represión y defensas de alto nivel:</i> Formación reactiva, aislamiento, anulación, racionalización, intelectualización.	<i>Escisión y defensas de bajo nivel:</i> Idealización primitiva, identificación proyecta, negación, omnipotencia, devaluación.	<i>Escisión y defensas de bajo nivel:</i> Idealización primitiva, identificación proyecta, negación, omnipotencia, devaluación.
	Las defensas protegen al sujeto del conflicto intrapsíquico. La interpretación mejora el funcionamiento del sujeto.	Las defensas protegen al sujeto del conflicto intrapsíquico. La interpretación mejora el funcionamiento del sujeto.	Las defensas protegen de la desintegración y la fusión Sí mismo-Objeto. La interpretación produce regresión.
Juicio de realidad	Se conserva la capacidad para comprobar la realidad, diferenciar entre el Sí mismo y el Mundo en lo intrapsíquico, respecto al origen extremo de estímulos y percepciones.	Se conserva la capacidad para comprobar la realidad, diferenciar entre el Sí mismo y el Mundo en lo intrapsíquico, respecto al origen extremo de estímulos y percepciones.	Se pierde la capacidad de comprobar la realidad.
	El sujeto tiene capacidad para evaluarse a Sí mismo y a los demás, en profundidad y de forma realista.	Hay alteraciones de la relación con la realidad y también de las sensaciones de realidad.	Hay alteraciones de la relación con la realidad y también de las sensaciones de realidad.

Nota: (Kernberg, 1987).

ANEXO II. Ciclo metodológico de la Entrevista Clínica Estructural.

Figura 3.
Ciclo metodológico de la Entrevista Clínica Estructural.



Nota: (Kernberg, 1987).

ANEXO III. Entrevista Estructural (Kernberg, 1987).

I. ESTADO ACTUAL

A. Adaptación a las situaciones de la vida

¿Cuáles son las principales ocupaciones en la vida del paciente (familia, escuela, trabajo) y cuán bien se desenvuelve en ellas? ¿Está en el nivel óptimo o por debajo de él?

La paciente se desenvuelve de manera satisfactoria en el ámbito familiar, manifiesta una aparente buena relación con todos los miembros de su familia, pese a que refiere que echa en falta el elemento verbal a la hora de confrontar temas que generan malestar dentro del entorno familiar. En el contexto universitario, la paciente presenta dificultades para enfrentarse de manera satisfactoria a los exámenes. Por su parte, a nivel laboral, la paciente no refiere ninguna dificultad. No afirmaría que se encuentra en nivel óptimo en ninguna de las tres áreas.

B. Conductas sintomáticas

1. Desde el punto de vista del paciente, ¿Qué le está preocupando?, ¿Cuáles son sus síntomas actuales?

La paciente acude a la primera entrevista con un motivo de consulta manifiesto afirmando presentar frustración y malestar frente a los exámenes. Le preocupa no tener capacidad para finalizar el grado universitario que está estudiando. Además de esto, siente la necesidad de hablar con su madre sobre la vuelta de esta al país de origen tras la llegada a España, los motivos que le llevaron a tomar esta decisión y cómo fue la vivencia de cada uno de los miembros de su familia al respecto. Esta situación también le ocasiona un profundo malestar que, en ocasiones, conlleva una sintomatología ansiosa con dificultades para una correcta higiene del sueño, decidiendo en momentos concretos y puntuales la autoadministración de psicofármacos para conciliar el sueño. La paciente menciona también que manifiesta rumiaciones frecuentes tras episodios de malestar interpersonal.

2. Tal como es visto por los otros relacionados con él (familia o compañeros de trabajo), ¿Qué conductas desviadas o alteradas muestra el paciente? ¿Qué le molesta?

La paciente refiere que, en el contexto familiar, trata de mostrarse “lo mejor posible” para no preocupar a ninguno de los miembros de su familia. Tan solo es con su pareja actual, Pedro, con la que es capaz de mostrarse realmente, ya que recibe por su parte él amparo y recogimiento que afirma, necesita.

3. Desde la perspectiva del clínico que lo evalúa, ¿Qué evidencia hay de trastorno psicológico? ¿Hay trastornos del pensamiento o fracaso en el juicio de realidad? ¿Hay sentimientos negativos exageradamente fuertes, incontrolables o dolorosos? ¿Hay ansiedad? ¿Depresión? ¿Otros malestares observables? ¿Pensamientos obsesivos? ¿Disfunciones específicas, por ejemplo, fallos de memoria, incapacidad para la resolución de problemas, pensamiento concreto?

Desde mi perspectiva particular como clínica, no existe evidencia de trastorno psicológico. No se evidencian trastornos del pensamiento, ni fracaso en el juicio de realidad. Sí que se producen pensamientos negativos dolorosos, pero no llegan a ser exageradamente fuertes ni incontrolables. Hay sintomatología compatible con ansiedad y con depresión en diferentes ocasiones. Como se ha mencionado en la pregunta anterior, la paciente comenta que suele rumiar ideas sobre elementos que le producen malestar. La paciente refiere un fallo de memoria muy notorio justo durante el periodo posterior a la marcha de su madre y retorno al país de origen. Tomó como válida una explicación que probablemente le mencionaron durante su infancia, en la que contrajo una enfermedad, de la que no tiene mayores elementos informativos al respecto, pero que ocasionó una especie de amnesia temporal, por la cual no recuerda nada sobre la marcha de su madre. La paciente refiere que habitualmente prefiere evitar confrontarse a los problemas o dificultades que pueden surgirle, antes de resolverlos.

C. Motivación hacia la atención clínica y concepciones previas acerca de la salud mental

¿Qué supone el paciente que le ocurrirá en la consulta? ¿Por qué ha venido? ¿Qué resultados espera? ¿Alivio de los síntomas? ¿Un funcionamiento más efectivo?, ¿cambio en la personalidad?, ¿cambio en las condiciones externas estresantes?. ¿Qué significa para él ser un paciente?, ¿cómo ve su salud y enfermedad mental? ¿Esta psicológicamente dispuesto para el tratamiento?

La paciente espera que, a partir del proceso terapéutico, pueda lograr dejar de sentir malestar y frustración en situaciones de examen, y consiga hablar con su madre sobre su marcha a Latinoamérica, resolviendo así todas sus dudas a este respecto. Lola, como paciente, se siente pionera en la familia. De momento, es la única que está acudiendo a terapia para poder trabajar sobre la marcha de la madre, hecho que afectó a todos los miembros. La familia valora mucho el proceso en el que la paciente está inmersa. Se siente empoderada y, por primera vez, comenzando a “llevar las riendas” de su vida. Tiene muchas ganas de trabajar en sí misma, y no suele mostrar resistencias al tratamiento.

D. Conducta y apariencia en la consulta

¿Está ansioso? ¿Inhibido?, ¿Coopera?, ¿Resistente y no cooperativo?

Durante las sesiones, la paciente no se muestra ansiosa, pero sí muy emocionada durante todo el proceso terapéutico. No muestra inhibiciones y coopera en todo momento. Ha mostrado alguna resistencia tras comenzar a trabajar sobre el vínculo que ella y su padre forjaron tras la marcha de su madre. Después de comenzar a trabajar en base a este respecto, la paciente canceló la siguiente sesión alegando que tenía que estudiar. Más adelante vuelve a cancelar otra sesión psicoterapéutica. Parece que estas resistencias son aplicadas tras sesiones en las que se tratan aspectos dolorosos para ella. Pese a la presencia de resistencias en ocasiones puntuales, es muy cooperativa para con el proceso psicoterapéutico.

II. PERSONALIDAD MANIFIESTA

A. Características biológicas

¿Está el paciente saludable?, ¿Cuál es su historia médica?, ¿Somatotipo?, ¿Apariencia física?

La paciente se muestra absolutamente saludable. Su apariencia física es cuidada y buena. Se trata de una mujer estilizada, de aproximadamente 1,70m de altura y alrededor de 50kg de peso.

B. Temperamento

¿Está activo el paciente, con energías o aletargado?, ¿Controla sus emociones intensas o es impulsivo?, ¿Es entusiasta en la vida?, ¿Domina sus emociones positivas o negativas? ¿Son apropiadas sus emociones con respecto de la edad y circunstancias que vive?

La paciente se muestra activa en todo momento, aunque en muchas ocasiones se muestra triste y emocionada, pese a que continúa cooperativa. Pese a que, normalmente trata de contenerse, no logra conseguirlo en prácticamente ninguna de las sesiones y rompe en llanto de manera habitual. Sí que considero apropiadas sus emociones con respecto a su edad y circunstancias presentes y pasadas.

¿Es agraciado o desgarbado?, ¿Humor?, ¿Sus gestos son abiertos, tensos o compulsivos?

Se trata de una paciente agraciada y con buen humor. Su comunicación no verbal resulta adecuada y agradable. Sus gestos no resultan excesivamente abiertos, sino más bien contenidos.

C. Rasgos de la personalidad manifiesta

¿Cómo puede describirse el paciente a sí mismo?, ¿Cómo pueden describirle los otros que le conocen bien?

A lo largo de las sesiones, la paciente refiere tomar conciencia de lo poco que hablan en familia sobre la percepción de los demás. En la sesión 9, posterior a la pausa de vacaciones navideñas, la paciente comenta que propuso un juego a su familia en la celebración familiar de Nochevieja, en el cual cada miembro tenía que describir al resto. De esta manera, pudimos trabajar en base a estas cuestiones.

La paciente se describe como una mujer con mucha capacidad para trabajar y aprender. Es independiente, aunque quiere llegar a ser más independiente. Este elemento resulta clave durante todo el proceso terapéutico. Se considera alegre, divertida y sensible. Cree que es tiene un rol central en su familia.

Al comienzo de las sesiones, la paciente no hace referencia a cómo pueden describirle las personas que se encuentran en su entorno cercano. Tan solo en algunas ocasiones, verbaliza percepciones de su sobrina, en las que la pequeña se muestra muy agradecida por el trato e implicación que Lola tiene con ella. Es a raíz del mencionado juego, cuando la paciente comenta que su familia piensa de ella que es “enfadica, porque cuando entra en estrés se enfada mucho y se encierra en sí misma”, hecho que sorprendió enormemente a la paciente, ya que afirmó en sesión que no pensaba que nadie se diese cuenta de sus enfados. También la describen como amante de la naturaleza, ausente en ciertos momentos, siendo sobre todo su sobrina la que opina que querría pasar más tiempo con ella, y aventurera, por lo mucho que le gusta hacer cosas diferentes.

D. Conducta interpersonal

¿Cómo aparece el paciente ante los otros? ¿Cuál es su “valor estimular”? ¿Es simpático, respetado, reconocido por los demás? ¿Cuáles son sus relaciones básicas? ¿Qué clase de amigos tiene y cuántos? ¿Está aislado o es gregario? ¿Es punto de unión entre otros?

La paciente tiene muy buena relación con su entorno social. Tiene grandes amigos y amigas en el barrio y en la universidad. Su mayor apoyo actualmente es su novio, con el que tiene una relación desde hace casi un año. La paciente no suele ofrecer grandes explicaciones sobre sus experiencias con amigos. Lo que refiere es breve y positivo.

III. ESTRUCTURA Y DINÁMICA DE LA PERSONALIDAD

A. Afectos y motivaciones

¿Cuáles son sus principales motivos conscientes e inconscientes? ¿Cómo están relacionados? ¿Dónde están en conflicto? ¿Cuáles son los orígenes de los afectos característicos? ¿Hasta dónde están relacionados la ansiedad, los sentimientos de hostilidad, la culpa o la vergüenza? ¿Qué le da placer? ¿cuáles son sus deseos y fantasías, tanto los revelados como los ocultos?

El principal motivo consciente de la paciente es poder confrontar a su madre y tratar aquellos temas que nunca ha sido capaz de hablar con ella.

Por otra parte, como motivo inconsciente, podríamos acercarnos a un deseo poder romper definitivamente con la relación con su madre y no sentirse forzada nunca más a tenerla ni a sentirse “falsa” como refiere, por ello. De esta manera, podría ser de nuevo la “pionera” en su familia, como refiere, en romper este vínculo formal que tanto daña a los miembros de la familia que están en España, ya que lo vivencia con sometimiento.

La relación entre estos motivos podría estar en la línea de su esfuerzo en mostrarse contenida con respecto a la relación con su madre, y no dejar entrever de esta manera posibles sentimientos de hostilidad hacia ella.

Los afectos característicos están en relación con los sentimientos de culpa, malestar, sintomatología ansiosa, etc. Todos estos, podrían ver su origen en la insatisfacción producida de la relación hostil encubierta y forzada con su madre.

Tiene un gran deseo por sentirse valorada y lograr ser autónoma e independiente, pudiendo construir una vida propia que le satisfaga y que logre cumplir con las expectativas familiares, satisfaciendo de esta manera también los deseos de sus padres y hermanas sobre ella.

Le produce placer sentirse querida por las personas que le rodean. Pese a que no le satisface y le ocasiona malestar, la paciente habla con su madre prácticamente a diario por videollamada y comentan elementos de su vida cotidiana. Nunca llegan a confrontar el tema de la marcha de la madre. A lo largo del proceso terapéutico, se producen episodios concretos que ocasionan un gran malestar a la paciente, como es el caso de presentar mediante videollamada a su novio. Nadie le pide que lo haga, pero ella siente que ha de hacerlo. Después de esto, siente un profundo malestar físico, acompañado de rabia hacia la madre y enfado consigo misma. Afirma que se siente “falsa”. Es incapaz de conciliar el sueño esa noche y decide tomar psicofármacos. Señala que durante toda la noche tiene un llanto desconsolado e incontrolable a causa de su profundo malestar. Vuelve a aparecer el sentimiento de culpabilidad.

Se puede deducir una fantasía de querer vencer a la figura de su madre, aparece un deseo justiciero. De esta manera, si el proceso de venganza resulta satisfactorio, se podría producir un reconocimiento de liderazgo. Pero, si por el contrario fracasa, los resultados podrían ser de humillación, quedando así encerrada en un estado final de resentimiento (Maldavsky, 2013).

B. Actitudes, valores sociales y principios morales

¿Cuáles son los principales preceptos en los que el paciente cree? ¿Tiene una conciencia (moral) severa, rígida, corrupta, inexistente? ¿Posee ideales maduros, se adapta, o se rige por imperativos infantiles?

Al ser preguntada por los valores, la paciente menciona la familia, el amor y la dignidad. Su conciencia moral no es severa ni rígida. Parece bastante adecuada con respecto a sus vivencias. La paciente está trabajando activamente en el proceso terapéutico para que los esquemas ideales infantiles puedan transformarse en ideales maduros.

C. Identidad y funciones del Yo

1. Fuerza del Yo

La conducta: ¿Es autoiniciada y está controlada internamente?, ¿Son modulados los impulsos?, ¿Se dirige hacia los objetivos?, ¿Conserva perspectiva y objetividad?

Sí que considero que las conductas son autoiniciadas y controladas internamente por la paciente. Considero que es capaz de modular los impulsos y dirigirse hacia los objetivos que quiere cumplir. Sin embargo, en ocasiones presenta dificultades para conservar una perspectiva objetiva de las situaciones, como se ha explicado en preguntas anteriores de esta entrevista, como cuando refiere que es culpable de la marcha de su madre.

2. Mecanismos de defensa y de afrontamiento del estrés

¿Cuáles son las defensas más sobresalientes? ¿Se corresponden con mecanismos de enfrentamiento positivos y efectivos? ¿Entran en juego demasiado rápidamente las defensas primarias?

A raíz de las sesiones llevadas a cabo, se puede observar la puesta en marcha de diferentes mecanismos de defensa en la paciente. A continuación, se destacan algunos de los **procesos defensivos primarios** descritos por Díaz-Benjumea (2014).

- **Retirada extrema:** El bebé se protege del adulto durmiendo. El problema de este tipo de defensa reside en la implicación de manera pasiva del individuo. Se produce una huida de la realidad. La paciente pone en marcha esta defensa en situaciones como las descritas de esconderse debajo de una manta, junto con una foto de su madre, y pasar horas llorando en

esa misma posición hasta que se quedaba dormida, sin recibir la visita de nadie de su familia. Muy probablemente, la paciente interpretaba que el consuelo que el resto de miembros de su familia le podía ofrecer, no era el requerido en ese momento para ella, tras haberse producido la marcha de su madre. Cabe mencionar que la paciente alega que en ese momento que nadie era consciente de que lloraba. El relato parece totalmente inverosímil. Esta defensa se ha repetido a lo largo del desarrollo vital de la paciente. Refiere que durante los periodos en que mantuvo una relación en la que existió violencia de género y posteriormente estuvo consumiendo sustancias estupefacientes, la paciente no mantenía apenas contacto con su familia, ya que afirma que era conocedora de los horarios de los miembros de su familia, y acudía a casa siempre después de la hora en que estos se marchaban a dormir. Repite que nadie fue consciente de ninguna de las dos situaciones: ni maltrato ni consumo de estupefacientes.

- **Idealización y devaluación extrema:** Se origina en la percepción infantil de que los padres poseen capacidades sobrehumanas. El niño se fusiona con el objeto idealizado, en este caso el padre, para eludir el miedo. Cuanto más se ha idealizado una figura, la devaluación podrá resultar mayor. Se puede identificar claramente cómo la paciente ha idealizado la figura de su padre y ha devaluado la figura de su madre tras la marcha de esta, hecho que se ha ido incrementando con el paso de los años.
- **Proyección, introyección e identificación proyectiva:** Estos tres elementos se fundamentan en el desvanecimiento de los límites entre el self y el mundo exterior. De esta manera, el paciente puede interpretar que un factor externo, ya sea este positivo o perjudicial, radica su causa en él o ella. La paciente menciona durante las sesiones que, a lo largo de su desarrollo, ha ido estableciendo diversas hipótesis que pudiesen justificar el abandono de su madre, siempre autoinculpándose por ello. Además de esto, puede reconocerse una identificación proyectiva en tanto en cuanto la paciente, de alguna manera, repite el patrón de abandono cuando se marcha de la casa familiar para vivir con otra familia estando al cuidado de hijos de la misma, durante aproximadamente 5 meses al comienzo del pasado año 2021. Podría determinarse que se produce de esta manera una “identificación con la persona que abandona”, en la medida en que la paciente adquiere esta conducta como propia.
- **Escisión del yo:** Comienza en la etapa preverbal, en la que el niño no es capaz de distinguir los aspectos positivos de los negativos de sus padres. No puede producirse una sensación de ambivalencia por la dificultad de desarrollar sentimientos contrapuestos hacia el mismo objeto. En los adultos, puede resultar atractivo desarrollar sentimientos opuestos, complejos y distorsionados hacia un objeto amenazador. De esta manera, la paciente rechaza la idea de

tener sentimientos de ambivalencia hacia la figura de su madre y se inclina por verbalizar y aceptar únicamente aquellos aspectos positivos y agradables, pese a que resulta notorio que una gran parte de sus sentimientos hacia ella, son de rechazo. Resulta así más fácil para la paciente aceptar y poder convivir de manera consciente solo con los sentimientos que le resultan gratos. La paciente continúa sin poder verbalizar aspectos negativos, o que no resultan de su agrado, sobre su madre. De igual manera, se produce una escisión del yo con respecto a su ex pareja, ya que se podría hipotetizar que pudo desarrollar sentimientos opuestos, complejos y distorsionados hacia el objeto amenazador, hecho que a su vez le podría resultar atractivo.

- **Somatización:** Cuando los niños no tienen ayuda para identificar verbalmente sus sentimientos, estos pueden ser expresados en síntomas, enfermedades o comportamientos. Un ejemplo de ello puede ser la respuesta de huida o paralización frente al estrés. La paciente menciona a lo largo de las sesiones que en su familia “son más de hechos que de palabras” y que “no se habla de las cosas de verdad”, aquejándose implícitamente a su vez de no haber tenido aprendizaje para expresar sus sentimientos, por no haberlos podido identificar. De esta manera, al no haber aprendido a hablar de sus sentimientos con respecto a vivencias durante la infancia, la paciente continúa en su etapa adulta desarrollando sintomatología con respecto a situaciones de malestar. Comenta que es incapaz de hablar con su familia de los elementos que le preocupan, hecho que fomenta su rumia y que acentúa el sentimiento negativo. Además de esto, Lola verbaliza concretamente una sensación de “paralización” frente a los factores causantes de su malestar: relación insatisfactoria con la madre, pruebas de evaluación de dificultad dentro del contexto académico y relación de malos tratos con su ex pareja. Cabe recordar que el apego inseguro y/o una historia de trauma infantil están asociados con la somatización, y todo esto se relaciona con la falta de integración del self.

Con respecto a los **procesos defensivos secundarios**, también descritos por Díaz-Benjumea (2014), podemos encontrar que la paciente que nos ocupa manifiesta los siguientes:

- **Represión:** Se basa en alejar algo de la conciencia. Puede referirse a la imposibilidad de recordar una experiencia vivida con conflicto. Este proceso defensivo resulta claramente identificable en la paciente en situaciones como la amnesia temporal que menciona a su llegada a España con 7 años de edad, por la cual afirma que no recuerda apenas nada de la marcha de su madre o de la vivencia que supuso este hecho para la familia. Afirma, de la misma manera, que no recuerda prácticamente nada de su vida hasta los 7 años en su país de origen, y le cuesta mucho comenzar a verbalizar vivencias de adaptación en Madrid, por

ejemplo, en el contexto escolar. Su primera premisa es decir que no se acuerda, y no es hasta después de varias cuestiones, cuando comienza a mencionar distintos aspectos de esta etapa. Continuando con este ejemplo escolar, cabe destacar que, cuando la paciente finalmente habla sobre este tema, narra experiencias de gran conflicto.

- **Regresión:** Es un proceso en que el paciente vuelve a utilizar una estrategia de afrontamiento anterior, pese a haber aprendido un nuevo comportamiento que podría resultarle más útil. Este regreso a métodos anteriores se produce de manera inconsciente. Podemos apuntar a que la paciente pone en marcha la regresión en tanto en cuanto después de vivir experiencias que le causan malestar tales como presentar a madre a la pareja actual que tiene mediante videollamada o visitar a una tía lejana con una enfermedad terminal, la paciente reproduce la conducta de meterse en la cama, debajo de una manta, y llora desconsoladamente hasta que consigue quedarse dormida, ahora añadiendo ocasionalmente conductas de consumo de ansiolíticos no recetados por un médico.
- **Vuelta contra sí mismo:** Se produce una reorientación de una actitud negativa o afecto desde un objeto o persona externa hacia el self. Puede ser común en un niño que se critica a sí mismo, porque le resulta más sencillo que reconocer una amenaza externa por parte de sus padres, por no poder disponer de herramientas para modificar esta situación externa. De esta manera, se puede establecer un mayor control sobre la situación de malestar.
- **Desplazamiento:** Se redirecciona una emoción desde un objeto a otro, porque la representación interioridad del primer objeto puede suscitar malestar. Cuando la madre regresa al país de origen, la paciente comienza a fortalecer el vínculo con la hermana mayor, Daniela, redireccionando de esta manera el amor que tenía destinado a su madre, ofreciéndoselo a su hermana. Además de esto, la paciente desplaza la necesidad de protección, cuidado y reconocimiento por parte de su entorno familiar, a las dos parejas que ha tenido.
- **Formación reactiva:** Un afecto negativo se transforma en un afecto positivo, por la imposibilidad de sentir ambivalencia de sentimientos. La paciente toma la determinación inconsciente de no permitirse sentir ambivalencia con respecto a su madre, por lo que no se permite estar enfadada con ella por haberla abandonado, y justifica esta actuación inculpándose a sí misma por este hecho, y decide estimarla como madre y ser amable en el trato con ella. Asimismo, puso en marcha esta defensa con su exnovio, con el cual continuó su relación en la que sufrió violencia de género, no permitiéndose enfadarse con la persona que le ofrecía soporte en otros contextos.

- **Vuelta en lo contrario:** Se produce una inversión de la posición de sujeto a objeto o viceversa. De esta manera, la paciente cambia el anhelo de ser cuidada por su madre a cuidar a otros, identificándose con la persona que está gratificándose de ser cuidada. Cabe destacar aquí el fuerte vínculo que la paciente ha desarrollado con su sobrina Emily de 12 años, con la cual ejerce un rol de cuidadora. Lola es la encargada de la ayuda con las tareas académicas e incluye a su sobrina en la mayoría de los planes de ocio y viajes que realiza con su pareja actual. Además de esto, Lola cuida de manera ocasional y remunerada a un niño que actualmente tiene 7 años, desde hace varios años, y apunta en cantidad de ocasiones lo mucho que le preocupa que pueda estar bien y que su madre le dedique el tiempo suficiente. También estuvo al cuidado de dos niños de 11 y 13 años durante aproximadamente cinco meses a comienzos de 2021, con los cuáles expresa que tuvo varias vivencias de sorpresa, frente su impasividad al ver a la propia paciente emocionada, entre otros ejemplos descritos por ella.

3. Estilos y controles cognitivos y organización del pensamiento.

¿Cuáles son los modos característicos con los que el sujeto enfoca los problemas cognitivos (reduciendo o aumentando su complejidad) ?, ¿Puede tolerar la ambigüedad? ¿Focaliza su búsqueda o es amplia, difusa? ¿Delibera adecuadamente antes de decidirse?

La paciente no tolera de manera satisfactoria la ambigüedad. Cuando se producen elementos de sorpresa, o que se escapan de su entendimiento o control, es cuando se produce un gran malestar para ella, que le imposibilita la toma de decisiones, produciéndose así una situación de indefensión aprendida.

Parece que la paciente focaliza su búsqueda durante el proceso de terapia y con respecto a los materiales trabajados en la misma.

Desde que comenzó el proceso terapéutico, la paciente parece que sí delibera adecuadamente antes de tomar una decisión. Por sus narraciones, probablemente no ha sido así en situaciones anteriores.

4. Competencias, aptitudes, inteligencia

¿Cuáles son los recursos intelectuales del paciente, sus competencias vocacionales, habilidades, talento, aficiones?

Los recursos intelectuales de la paciente son altos y buenos. Actualmente se encuentra inmersa estudiando una ingeniería. Previamente, había realizado un Grado Superior de Higiene

Bucodental, que superó de manera satisfactoria. Como aficiones refiere la escalada y viajar. Refiere que le gusta disfrutar de actividades en las que se encuentra acompañada.

5. Autoconcepto e identidad

¿Cómo se ve el paciente a sí mismo? ¿A qué tipo de persona le gustaría parecerse? ¿Cuáles son sus aspiraciones? ¿Cuánta autoestima tiene? ¿En qué reposa?

Parece que el autoconcepto de la paciente es bueno. Todavía no está definido a qué persona le gustaría parecerse. Sus aspiraciones van en relación con poder tener un entorno familiar saludable y un trabajo estable que le reporte un nivel socioeconómico bien posicionado. En estos momentos, su autoestima es buena. Parece que su autoestima reposa en gran medida en su relación de pareja y en su perspectiva del proceso terapéutico.

4. SITUACIÓN VITAL ACTUAL Y DETERMINANTES SOCIALES.

A. Roles y pertenencia a grupos.

¿A qué grupos sociales pertenece el paciente?; ¿Cuáles de estos son más importantes para definir su identidad social?; ¿Cuáles le sirven como grupos de referencia?; ¿Qué roles son centrales para el paciente, asimilables al de doctor, líder, etc,?; ¿Son congruentes su identidad personal y social?; ¿Siente que tiene características comunes con los otros?

La paciente tiene un gran vínculo con su familia con la que convive, compuesta por su padre, hermanas mayores y sobrina. Excepto la sobrina, todos provienen de Latinoamérica. En diferentes puntos de España y concretamente en Madrid, residen más miembros de la familia paterna que migraron desde este país de igual manera. Siguen manteniendo las costumbres ecuatorianas con respecto a las celebraciones familiares, por lo que esto resulta un elemento clave identitario para la paciente.

Además de esto, tiene como grupo de referencia a sus amigos del barrio y a su grupo de amigos de la universidad.

Roles centrales para la paciente: La paciente ha desarrollado un notable rol de función materna con su sobrina con un niño de 7 años de edad al que cuida de manera remunerada puntualmente desde hace unos años. Además, estuvo cuidando a principios de 2021 a los hijos de una familia, y desempeñó de nuevo este rol con ellos. Sí que son congruentes su identidad personal y social. Sí que siente que tiene características comunes con los otros.

B. Familia

¿Cuáles son las relaciones del paciente con sus padres y hermanos? ¿Cuáles son las características de su sistema familiar actual? ¿Se parece o no a su “familia de origen?”

La relación de la paciente con su padre y sus hermanas es muy buena. Constantemente afirma que falta el elemento verbal, dice que “son más de hechos que de palabras”. Tiene un especial vínculo con su hermana mayor, la que ejerció de alguna manera el rol de madre tras la marcha de esta.

La estructura familiar actual se parece bastante a la estructura de su familia de origen. Siguen viviendo todos juntos, excepto su madre, quien rehizo su vida en el propio país de origen y se volvió a casar, y han incorporado en su familia a su sobrina de 12 años, hija de su hermana mayor.

C. Trabajo y educación

Historia laboral y escolar: ¿Está satisfecho con sus logros, ingresos y condiciones de trabajo? ¿Dispone de tiempo libre? ¿Cómo lo usa? ¿Tiene aficiones?

A nivel académico, Lola se ha sentido siempre orgullosa de sus logros hasta el momento. Tuvo una buena adaptación al llegar a España, y consiguió finalizar la educación primaria y secundaria de manera satisfactoria. Decidió estudiar un Grado Superior en Higiene Bucodental porque pensó que le ofrecería la posibilidad de trabajar de manera temprana, pero después pudo comprobar que no era lo que más le gustaba, y tomó la decisión de comenzar a estudiar esta ingeniería. Es durante la ingeniería cuando comienza a presentar dificultades frente a los exámenes.

Desde que tuvo edad para comenzar a introducirse en el mercado laboral, comenzó a tener trabajos temporales en hostelería. Compatibiliza estos trabajos con el cuidado de niños. Su padre también le ayuda económicamente durante los periodos en los que no tiene trabajo.

Cuando dispone de tiempo libre, suele pasarlo con su pareja actual, Pedro. Les gusta pasar fines de semana fuera de Madrid. También les gusta ir a escalar a la sierra.

D. Contexto social

¿En qué clase de comunidad vive el paciente? ¿Se siente en su tierra o se siente extranjero? ¿Identifica su bienestar con los objetivos comunitarios? ¿Participa en los asuntos y en la mejora de la comunidad? El entorno, ¿es seguro, ruidoso, multitudinario, irritante? ¿Vive cerca del trabajo o tiene que viajar diariamente? ¿Dispone de los servicios necesarios?

La paciente vive en un barrio humilde de Madrid. Sí que siente que está en su tierra e identifica su bienestar con los objetivos comunitarios. Hemos podido trabajar sobre el enorme cambio que le supuso llegar a Madrid por primera vez, viniendo de Latinoamérica. Afirma que pensaba que estaba

en un sueño. Solo había visto ambientes con construcciones tan altas en películas y series, y no podía creérselo. Afirma que actualmente se encuentra muy cómoda en Madrid. La reconoce como su ciudad.

Podemos afirmar que su entorno es seguro, aunque quizá multitudinario, porque comparte la casa con sus dos hermanas, padre y sobrina. Pasa mucho tiempo en casa de su pareja Pedro, quien está independizado y comparte piso con otros compañeros.

5. PRINCIPALES FACTORES DE ESTRÉS Y POTENCIAL DE AFRONTAMIENTO

¿Cuáles son los principales factores de estrés en la vida actual del paciente? ¿Se trata de problemas sociales, que escapan realmente a su control?; ¿Hay excesivas demandas en su trabajo o en su situación escolar, competitividad intensa, horarios muy prolongados y/o exceso de trabajo? ¿Son tendencias (del estrés) resultantes de las relaciones amorosas o personales?; ¿Hasta qué medida puede la persona reducir o evitar el estrés mediante sus propios esfuerzos?; ¿De qué recursos personales o sociales dispone?

El principal factor de estrés en la vida actual de la paciente es el malestar provocado por la relación ambivalente con su madre. Afirma que le genera un profundo malestar sentirse falsa y forzada a tener este tipo de relación con su madre. Le genera también mucho malestar no poder cuidar como desearía a su sobrina y al niño que cuida de manera ocasional. Dentro del contexto académico, cuando se enfrenta a elementos desconocidos para ella, afirma que “se queda paralizada”.

Estos elementos sí que representan dificultades que se escapan de su control, puesto que este estrés desaparecería si los otros actuaran de la forma que ella espera.

El grado universitario que se encuentra estudiando sí que comporta demandas excesivas de preparación de tareas y estudio de exámenes, hecho que genera que el estrés sea un elemento constante durante todo el curso académico. También hay tendencias de estrés resultantes de sus relaciones personales.

Los recursos personales de los que dispone la paciente para disminuir su nivel de estrés están en relación con poder hacer deporte, particularmente escalada, actividad que comenta que es la que “más claridad mental puede darle”. Como recursos sociales, principalmente cuenta con su pareja, aunque también menciona puede contar con su familia, pese a que no suele hacerlo.

6. DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD.

¿Cómo llegó a ser esta personalidad?

Análisis de las experiencias vitales tempranas y de las relaciones con otros. Las identificaciones críticas y las principales experiencias de aprendizaje. La historia y secuencia de las influencias interpersonales y sociales sobre la persona. La manera en la que el paciente ha afrontado las sucesivas tareas evolutivas.

Como experiencias vitales tempranas relevantes, la paciente hace referencia a varias muy concretas:

1. **Migración desde Latinoamérica a España:** La paciente relata que no recuerda prácticamente nada sobre cómo le notificó su familia que se mudarían a otro país, ni de cómo fue la vivencia para ellos previa al viaje. Sí que recuerda su llegada a Madrid. Afirma que no podía creer que los edificios fueran tan altos. Se veía “como en un sueño”. Menciona que esto le resultaba de gran agrado. En otras ocasiones también afirma que se veía como estando en una película. Esto podría suponer un sentimiento de irrealidad para la paciente.
2. **Regreso de la madre al país de origen,** interpretado como abandono por parte de la paciente. Como se ha comentado a lo largo de este informe, la paciente afirma que ningún miembro de su familia le ofreció ninguna explicación al respecto. Es un tema que jamás ha hablado ni con sus padres ni con sus hermanas. Piensa que entre ellos, tampoco se ha producido ningún tipo de conversación sobre el tema. A raíz de esto, la paciente ha ido elaborando distintos tipos de hipótesis que dieran solución a esta marcha, autoinculpándose en todas ellas.
3. **Proceso de adaptación a España:** vida en la ciudad, nuevas relaciones, integración en el colegio. Durante las primeras sesiones, la paciente refiere que no recuerda nada relativo al entorno educativo ni a las relaciones interpersonales que comenzó a establecer. Con el paso de varias sesiones, sí que comienza a desarrollar pequeños relatos al respecto. Comenta que como llegaron con el curso ya empezado, aunque no recuerda en qué mes se produjo la migración, desde el centro educativo le ofrecieron un libro de texto sobre el cual le dijeron que si era capaz de completarlo, podría pasar de curso. Comenta que sus hermanas, al ser más mayores, no tuvieron la misma facilidad de adaptación, ya que el nivel educativo les resultó más complicado. No recuerda apenas nada de su tutora del curso, pero sí recuerda que algunos de sus compañeros de clase le llamaban “bicho palo”. Al ser preguntada por este significativo, la paciente se emociona enormemente, incapaz de contener el llanto y comenta que se sentía diferente. Alta y delgada, pero extraña por no hablar como los demás ni ser como ellos. Se sentía un bicho. No recuerda si hizo muchos amigos durante los primeros meses

de colegio. Recuerda amigos del barrio, pero sobre todo jugar con sus hermanas. Recuerda que Madrid le gustaba mucho. Afirma que no le costó adaptarse al nuevo entorno.

- **Relación con las hermanas:** La paciente destaca que la relación con sus hermanas es muy buena, aunque comenta que el vínculo que tiene con la hermana mayor es de mayor confianza. Solo a ella le ha relatado vivencias tales como los malos tratos sufridos a manos de su ex pareja, pese a que tomó esta determinación años después de haber finalizado la relación.
- **Relación con la madre:** Esta relación ha estado fundamentada en la ambivalencia desde que se produjo el regreso de la madre al país de origen. La paciente relata que no se produjo ninguna pausa en la comunicación entre ellas, sino que justo después de esta marcha, comenzaron a tener contacto de manera telefónica y mediante emails y posteriores videollamadas. La paciente comienza, durante el proceso terapéutico, a mostrarse disconforme con la relación con su madre, hecho que afirma, no había verbalizado nunca antes. Comienza a tomar conciencia de que esta relación le hace sentirse falsa. Comenta que está enfadada con su madre por esta marcha, pero no ha sido capaz de poder comunicárselo a ella. Finge, a ojos de esta, tener una muy buena relación con su madre.
- **Relación con el padre:** Hasta el momento, a lo largo de esta entrevista estructural, no se había hecho hincapié en que el primer abandono a la paciente, se produjo por parte de su padre. Recordamos que su padre viajó a España cuando Lola tenía aproximadamente 4 años de edad, y no se volvieron a ver hasta la reagrupación familiar. La paciente tuvo que aprender a convivir con un desconocido, elemento que aumentó su malestar y sensación de desprotección, ya que la que hasta ahora le había protegido y cuidado, había sido su madre, que ya no estaba. La paciente no hace referencia a este primer abandono en ningún momento del proceso terapéutico. Lola menciona que la relación con su padre es muy buena.

Llegados a este punto del proceso psicoterapéutico, no parecen haberse producido **identificaciones críticas** en tanto en cuanto la paciente estructura su modo de actuación en base conductas aprendidas de sus progenitores. No obstante, sí se pueden reconocer actuaciones concretas a este respecto, tales como la marcha que realiza la paciente durante algunos meses para trabajar al cuidado de los hijos de una familia. En este contexto, parece que la paciente de alguna manera pudiera identificarse con su madre, en tanto en cuanto ella repite este abandono a su propia familia, para pasar a formar parte de otra familia.

Como **principales experiencias de aprendizaje**, pese a que los elementos que se tienen al respecto no son amplios, se puede afirmar que la paciente ha aprendido a aislarse de su entorno como

método mecanismo de defensa frente a conflictos existentes. Como aprendizajes positivos, cabe mencionar el contexto académico en todos sus niveles, los cuales afirma la paciente han resultado ser muy positivos para ella.

La manera en la que la paciente ha ido afrontando las tareas evolutivas parece bastante funcional, la paciente refiere que se ha esforzado mucho por ser independiente y no preocupar a su familia con sus dificultades y problemas. Este hecho ha fomentado su aislamiento. La consecuencia de esto ha conllevado una insatisfacción de la paciente al respecto.

¿Qué alternativas estuvieron disponibles para el sujeto?; ¿Cómo aprovechó sus nuevas experiencias y oportunidades?; ¿Alcanzó modos de conducta seguros y bien establecidos?; ¿Pudo desempeñar nuevos roles?

Pese a la falta de su madre, la paciente pudo relacionarse mucho con una prima de su padre, la cual vivía cerca de la casa familiar de estos en Madrid y tiene un hijo de la edad de Lola, con el que esta se ha criado. La paciente refiere que el vínculo entre su tía y ella ha sido “como de madre e hija”.

Los modos de conducta seguros y bien establecidos que ha podido alcanzar la paciente están en relación, sobre todo, con el contexto académico. La paciente comenta que a raíz de la relación de malos tratos con su ex pareja, no pudo presentarse a selectividad, factor que determinó que no pudiese entrar en la universidad tras terminar el instituto. Sin embargo, pudo acceder a un grado superior de higiene bucodental, el cual completó de manera satisfactoria, pensando que de esta forma tendría acceso al mercado laboral rápidamente. Al finalizarlo, pudo darse cuenta de que quería estudiar ingeniería, ya que siempre pensó que tenía talento en materias técnicas.

Los roles nuevos que la paciente pudo desempeñar giran en torno a su papel de cuidadora con las personas de su entorno más cercano: padre, hermanas, sobrina y pareja.

7. FORMULACIÓN DEL CASO.

A. Interpretación sintética de la personalidad

¿Cómo puede ser concebida y entendida la persona?, ¿Cuáles son los temas principales que nos permiten describir la persona total?

Ha quedado constancia de que la paciente parece tener una estructura psíquica neurótica. Asimismo, podríamos afirmar que parece una paciente que se guía por un sentido del deber. Parece un factor heredado por parte de su familia. A lo largo de las sesiones, queda patente que la paciente siente malestar por el tipo de relación que guarda para con su familia. Sin embargo, se esfuerza en que las directrices de este tipo de relación se afiancen.

¿Cómo puede ser comprendido el trastorno psicológico del paciente? ¿Qué funciones tienen los síntomas en la economía de la personalidad y en qué medida previenen una mayor desintegración del malestar psicológico (beneficio primario)? ¿Hay evidencia de que el paciente obtiene ulteriores beneficios derivados de su patología (beneficio secundario)?

Durante el desarrollo de las situaciones que provocan malestar a la paciente, esta menciona que se siente paralizada y sin posibilidad de reacción. Cuando estas han finalizado, es cuando la paciente presenta sintomatología ansiosa en relación a lo vivido, que se fundamenta en la rabia consciente hacia ella misma, y probablemente inconsciente hacia el objeto-persona causante del malestar; y en el miedo a quedarse encerrada en esa situación.

Los síntomas aparecen cuando se produce un fracaso en el modo de defensa de la paciente. En este caso en el aislamiento o paralización. De esta manera, la sintomatología ansiosa trata de prevenir a la paciente de volver a enfrentarse a estas situaciones tan dolorosas para ella, en las que no existe una figura de protección disponible.

Se produce un beneficio primario en tanto en cuanto a raíz de presentar sintomatología, la paciente puede recibir atención y cuidados por parte de las personas que se encuentran a su alrededor: novio, padre, hermanas, etc.

No existe evidencia de que la paciente pueda obtener ulteriores beneficios derivados de su patología.

Núcleo de la personalidad de base dominante: ¿Esquizoide, confusional o melancólico?

La paciente comparte puntos en común con un núcleo de personalidad de base dominante esquizoide y melancólico en distintos aspectos, aunque de manera leve. Con respecto a la base esquizoide, la paciente utiliza el aislamiento como mecanismo de defensa frente a situaciones de malestar. Además, los puntos en común con la base melancólica están en relación con su profundo sentimiento de culpabilidad y de ser o estar defectuosa, con respecto a la marcha de la madre.

B. Impresión diagnóstica total

DSM 5, si es necesario y CIE-10.

Como se ha comentado a lo largo de este trabajo, el abordaje terapéutico que se utiliza para la investigación y estudio de este caso clínico, las etiquetas diagnósticas ocupan un papel secundario, ya que la relevancia del mismo no se encuentra en la identificación del posible diagnóstico psicopatológico de la paciente. Sin embargo, y tal y como se ha descrito anteriormente, la paciente presenta sintomatología compatible con una depresión moderada en el momento en el que se administra el BDI-II al comienzo del proceso psicoterapéutico.

¿Cómo deberá denominarse la condición del paciente? ¿Qué otros diagnósticos clínicos tienen que ser considerados (diagnóstico diferencial)

Resulta difícil establecer un diagnóstico para el caso de esta paciente. A continuación, se presentan diferentes etiquetas diagnósticas con propósito de establecer un diagnóstico diferencial que ayude a excluir a la paciente de padecer algunas patologías con las que podría comorbilidad.

Duelo Complejo Persistente, el individuo ha experimentado la muerte de un familiar hace al menos 12 meses. Desde el fallecimiento, ha experimentado al menos uno de los siguientes síntomas, casi diariamente o en grado intenso o perturbador: Anhelos perturbadores y fuertes por lo que se ha perdido, Dolor intenso por la separación, Preocupación por el difunto, Preocupación por las circunstancias del fallecimiento, etc.

Trastorno Adaptativo se caracteriza por la aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresor identificable que tiene lugar dentro de los tres meses siguientes a la presencia del estresante. Esta reacción no ha de deberse a un proceso de duelo.

Trastorno de Ansiedad en el que, en general, se experimentan 4 tipos de respuesta, respuesta fisiológica, respuesta psicológica (cognitiva y emocional), y, respuesta motora y social.

Trastorno del Estado de Ánimo: se presenta tristeza, pocas ganas de hacer cosas, pensamientos negativos continuos, etc.

Por otra parte, tampoco puede hablarse directamente en términos de patologización del duelo sino, como se ha especificado a lo largo del trabajo, se puede concretar que no se ha producido un trabajo de elaboración de duelo. Por tanto, la condición de la paciente en este caso no se determina exclusivamente haciendo referencia a términos diagnósticos.

Se especifican aquí las posibles manifestaciones de un proceso de duelo normativo:

1. Sentimientos de tristeza, angustia, apatía, enfado, culpa, soledad, abandono, extrañeza con respecto a sí mismo o ante el mundo, ira.
2. Cogniciones tales como la confusión, preocupación, rumiaciones, pensamientos e imágenes recurrentes, incredulidad, alucinaciones, dificultades para la atención, concentración y memoria.
3. Sensaciones físicas de vacío en el estómago, opresión en la garganta, falta de aire, debilidad, hipersensibilidad al ruido, despersonalización.
4. Conductas como llorar, llevar objetos, alteraciones del sueño, conducta distraída, tratar de hablar con la persona que ya no está o, en contraposición, evitar cualquier tipo de recordatorio referente a esta persona.

C. Disfunciones específicas

¿En cuáles aspectos funciona el paciente adecuadamente y en cuáles hay evidencia de disfunción?

Como se ha comentado en apartados anteriores, la paciente es una persona funcional en todos los aspectos: a nivel laboral y académico, y social y familiar. No obstante, a nivel personal, existen situaciones que le generan un profundo malestar a la paciente, el cual le resulta insostenible en determinados momentos. La evidencia de disfunción se produce cuando la paciente, pese a presentar sentimientos ambivalentes y/o contradictorios con respecto a personas tales como su madre, trata de desoír esta ambivalencia, y se fuerza en hacer que prevalezcan aquellos aspectos más agradables, ignorando de algún modo los elementos negativos.

8. REDOMENDACIONES Y PREDICCIONES

A. Resultados esperados

¿Qué cualidades de la persona y/o de su situación han de cambiar para que el paciente funcione de una manera más efectiva y confortable? ¿Cuáles son sus principales necesidades de crecimiento que pueden proveer objetivos para la intervención terapéutica?

A lo largo del proceso psicoterapéutico, parece quedar constancia de que la situación de la paciente podría resultar más efectiva y/o confortable en tanto en cuanto se produjese la consecución de objetivos tales como una mejora de su función reflexiva, la consecución de un espacio de elaboración de su duelo no resuelto, la disminución de su sintomatología ansiosa, ya sea esta en el contexto académico o en relación con su madre, la mejora del vínculo materno-filial por consiguiente, la mejora de su higiene del sueño, la toma de conocimiento de sus dinámicas defensivas, la mejora de su relación con las mismas y la incorporación de nuevos mecanismos de defensa, posibles resignificaciones de las vivencias individuales y familiares y una mejora de su conocimiento sobre aspectos intergeneracionales significativos y de las dinámicas de su grupo familiar, y el entendimiento, toma de responsabilidad de su posición subjetiva frente a los síntomas y la comprensión de sus propios mecanismos de funcionamiento psíquico. Todos estos objetivos quedan recogidos y especificados en el apartado 4 de este trabajo.

B. Intervenciones posibles

1. Sociales y ambientales.

¿Pueden ser cambiadas las condiciones de vida del paciente de manera que se reduzca el estrés y se facilite el desarrollo?, ¿Puede asesorarse a los otros relevantes de manera que puedan cambiar su influencia en el paciente? ¿Pueden ser beneficiosas las actividades sociales, quizás realizadas conjuntamente con otras personas que tengas problemas similares?

Sin duda, el cambio de ciertas condiciones de vida de la paciente, pueden contribuir en su reducción del estrés y en su propio desarrollo. Como se ha explicado a lo largo del trabajo, la sintomatología ansiosa en la paciente se repite en los contextos académico y familiar, por lo que trabajar para que se produzcan adaptaciones en estas áreas, contribuiría en la reducción de su estrés.

No se requiere participación en actividades sociales con personas con problemáticas similares.

2. Psicoterapia

¿Puede ser útil la psicoterapia? ¿De qué manera, con qué clase de terapeuta, por cuánto tiempo, para qué objetivos?; ¿Deberá ser individual, grupal o familiar? ¿Pueden ser útiles otras formas de intervención psicológica, en lugar de además de la psicoterapia?

La psicoterapia parece indicada, ya que la paciente necesita ser escuchada sobre su intimidad, y además aprender a escucharse. Esta psicoterapia debe ser individual. Necesita pensar lo que piensa que los otros ven o sienten, qué piensa ella que piensan los demás.

3. Otras intervenciones terapéuticas.

¿Es necesaria la hospitalización? ¿Se requieren psicofármacos? ¿Cuáles? ¿Para qué propósito? ¿qué efectos psicológicos idiosincráticos ante los fármacos pueden ser predichos para este paciente? ¿otras terapias somáticas? ¿Se necesita tratamiento para aspectos secundarios?

No es necesaria la hospitalización, ni se requieren psicofármacos para que el tratamiento con esta paciente resulte satisfactorio.

C. Desarrollo de la vida futura

¿Qué predicciones pueden ser hechas acerca de la historia de vida futura del paciente? ¿Qué intensificaciones y/o reducciones pueden esperarse en sus problemas? ¿Hay acontecimientos esperables (terminar los estudios) que pueden tener consecuencias predecibles? ¿Qué clase de intervención social o psicológica puede ser necesaria en el futuro?

Podrían esperarse algún tipo de dificultades si la paciente decide ser madre en un futuro cercano. Podrían esperarse problemáticas para que pueda compatibilizar la maternidad a nivel laboral y sentimental.

Se espera que, a raíz del proceso psicoterapéutico, la paciente pueda reducir la sintomatología derivada de las problemáticas que presenta, y tomar conciencia de las mismas. Se espera que pueda entrar en la etapa adulta más reconciliada consigo misma.

ANEXO IV. CaMir-R (Balluerka, N. et al., 2011).

Nombre:.....

Fecha de nacimiento:.....

Fecha de hoy:.....

Este cuestionario trata sobre las ideas y sentimientos que tienes de tus relaciones personales y familiares. Tanto del presente, como de tu infancia. Lee cada frase y rodea el número de la opción que mejor describa tus ideas y sentimientos.

Los resultados de este cuestionario son confidenciales.

Opciones de respuesta:

5.- Muy de acuerdo

2.- En desacuerdo

4.- De acuerdo

1.- Muy en desacuerdo

3.- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

1	Las amenazas de separación, de traslado a otro lugar, o de ruptura de los lazos familiares son parte de mis recuerdos infantiles	1	2	3	4	5
2	Mis padres eran incapaces de tener autoridad cuando era necesario	1	2	3	4	5
3	En caso de necesidad, estoy seguro/a de que puedo contar con mis seres queridos para encontrar consuelo	1	2	3	4	5
4	Desearía que mis hijos fueran más autónomos de lo que yo he sido	1	2	3	4	5
5	En la vida de familia, el respeto a los padres es muy importante	1	2	3	4	5
6	Cuando yo era niño/a, sabía que siempre encontraría consuelo en mis seres queridos	1	2	3	4	5
7	Las relaciones con mis seres queridos durante mi niñez, me parecen, en general, positivas	1	2	3	4	5
8	Detesto el sentimiento de depender de los demás	1	2	3	4	5
9	Sólo cuento conmigo mismo para resolver mis problemas	1	2	3	4	5
10	Cuando yo era niño/a, a menudo, mis seres queridos se mostraban impacientes e irritables	1	2	3	4	5
11	Mis seres queridos siempre me han dado lo mejor de sí mismos	1	2	3	4	5
12	No puedo concentrarme sobre otra cosa, sabiendo que alguno de mis seres queridos tiene problemas	1	2	3	4	5
13	Cuando yo era niño/a, encontré suficiente cariño en mis seres queridos como para no buscarlo en otra parte	1	2	3	4	5
14	Siempre estoy preocupado/a por la pena que puedo causar a mis seres queridos al dejarlos	1	2	3	4	5

15	Cuando era niño/a, tenían una actitud de dejarme hacer	1	2	3	4	5
16	De adolescente, nadie de mi entorno entendía del todo mis preocupaciones	1	2	3	4	5
17	Cuando yo era niño/a, teníamos mucha dificultad para tomar decisiones en familia	1	2	3	4	5
18	Tengo la sensación de que nunca superaría la muerte de uno de mis seres queridos	1	2	3	4	5
19	Los niños deben sentir que existe una autoridad respetada dentro de la familia	1	2	3	4	5
20	Mis padres no se han dado cuenta que un niño/a cuando crece tiene necesidad de tener vida propia	1	2	3	4	5
21	Siento confianza en mis seres queridos	1	2	3	4	5
22	Mis padres me han dado demasiada libertad para hacer todo lo que yo quería	1	2	3	4	5
23	Cuando yo era niño/a, tuve que enfrentarme a la violencia de uno de mis seres queridos	1	2	3	4	5
24	A partir de mi experiencia de niño/a, he comprendido que nunca somos suficientemente buenos para los padres	1	2	3	4	5
25	Cuando yo era niño/a, se preocuparon tanto por mi salud y mi seguridad, que me sentía aprisionado/a	1	2	3	4	5
26	Cuando me alejo de mis seres queridos, no me siento bien conmigo mismo	1	2	3	4	5
27	Mis padres no podían evitar controlarlo todo: mi apariencia, mis resultados escolares e incluso mis amigos	1	2	3	4	5
28	Cuando era niño/a, había peleas insoportables en casa	1	2	3	4	5
29	Es importante que el niño aprenda a obedecer	1	2	3	4	5
30	Cuando yo era niño/a, mis seres queridos me hacían sentir que les gustaba compartir su tiempo conmigo	1	2	3	4	5
31	La idea de una separación momentánea con uno de mis seres queridos, me deja una sensación de inquietud	1	2	3	4	5
32	A menudo, me siento preocupado/a, sin razón, por la salud de mis seres queridos	1	2	3	4	5

ANEXO V. Interpretación de las dimensiones en el CaMir-R

Lacasa y Muela (2014) apuntan que el cuestionario CaMir-R está conformado por 7 dimensiones referentes a las representaciones de apego y a las representaciones de la estructura familiar. A continuación, se desarrollan las diferentes dimensiones de este instrumento de evaluación:

Dimensión 1. *Seguridad: Disponibilidad y apoyo de las figuras de apego.*

Esta dimensión establece una estimación de la percepción de haberse sentido y sentirse querido por parte de las figuras de apego, de la confianza en ellas, así como de poder contar con su disponibilidad en caso de necesidad de manera afectiva. El resultado es un sentimiento de merecer el amor de las figuras de apego, considerando esta relación de manera positiva.

Dimensión 2. *Preocupación familiar.*

Percepción de ansiedad por separación de la figura de apego y excesiva preocupación en la actualidad por ellas, acompañada de temor a que les pueda ocurrir algo negativo a estas figuras o al sujeto en cuestión. La consecuencia es una evitación de la separación, provocada por una hiperactivación del sistema de apego.

Dimensión 3. *Interferencia de los padres*

Recuerdos de infancia de sobreprotección y control por parte de las figuras de apego, haber sido un niño/a miedoso/a y haber tenido preocupación por sufrir un abandono. Existe un resentimiento hacia los padres, siendo situados por el sujeto como culpables de las propias dificultades de autonomía personal. Se atribuye, de esta manera, a las figuras de apego el control sobre las propias actuaciones. La pasividad es utilizada para asegurar la proximidad de las figuras de apego.

Dimensión 4. *Valor de la autoridad de los padres*

Evaluación positiva de los valores familiares de autoridad y jerarquía.

Dimensión 5. *Permisividad parental*

Recuerdos de haber sufrido una carencia de límites y guía parentales durante la infancia.

Dimensión 6. *Autosuficiencia y rencor contra los padres*



Rechazo hacia las figuras de apego. Las representaciones mentales se basan en desactivar el sistema de apego del sujeto mediante estrategias defensivas. El sujeto niega el valor del apego y enaltece sus capacidades de afrontamiento. El sentimiento de rencor refuerza su alejamiento de las figuras de apego.

Dimensión 7. *Traumatismo infantil*

Recuerdos de haber experimentado falta de disponibilidad y recibido violencia por parte de las figuras de apego durante la infancia. De esta manera el sujeto puede defensivamente desactivar su apego o, en contraposición, desarrollar estrategias de apego preocupado como la hiperactivación del apego.

ANEXO VI. Inventario de Depresión de Beck BDI-II.

(Balluerka, N. et al., 2011).

Nombre:..... Estado Civil:..... Edad:..... Sexo:.....

Ocupación:..... Educación:..... Fecha.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
- 2 Querría matarme.
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso.
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme.
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b Duermo mucho menos que lo habitual.
- 3a Duermo la mayor parte del día.
- 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito. 1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3a No tengo apetito en absoluto.
- 3b Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

ANEXO VII. Documento de Consentimiento Informado.



Consentimiento explícito (PACIENTES)

MADRID, en fecha

El tratamiento estará a cargo del Psicólogo(a) bajo la directa supervisión del Dr. Marcelo Mendes (f:911010384) y Dr. Rodrigo Bilbao (f:618005433). Cualquier duda respecto a su tratamiento puede contactar a los supervisores telefónicamente o enviar mail a info@unipsi.es y se pondrán en contacto con usted a la brevedad.

El tratamiento se realizará en el Servicio de Psicología (SAP) de la Escuela de Minas y Energía de la Universidad Politécnica de Madrid, siendo de carácter gratuito y confidencial.

UNIPSI Psicología es el **Responsable del tratamiento** de los datos personales del **Interesado** y le informa que estos datos serán tratados de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril (GDPR) y la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre (LOPDGDD), por lo que se le facilita la siguiente información del tratamiento:

Fines del tratamiento: prestación de servicios profesionales de salud y mantenimiento del historial clínico con el consentimiento del interesado.

Criterios de conservación de los datos: se conservarán durante no más tiempo del necesario para mantener el fin del tratamiento y cuando ya no sea necesario para tal fin, se suprimirán con medidas de seguridad adecuadas para garantizar la seudonimización de los datos o la destrucción total de los mismos.

Comunicación de los datos: no se comunicarán los datos a terceros, salvo obligación legal.

Derechos que asisten al Interesado:

- Derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento.
- Derecho de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y a la limitación u oposición a su tratamiento.
- Derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (www.aepd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente.

Datos de contacto para ejercer sus derechos:

UNIPSI PSICOLOGÍA. INFANTA MARÍA TERESA, 4. – 28016 MADRID. Email: secretaria@unipsi.es
Teléfonos 911010384 / 652540061

Para realizar el tratamiento de datos descrito, el responsable del tratamiento necesita su consentimiento explícito.

El **Interesado** consiente el tratamiento de sus datos en los términos expuestos:

Nombre, con NIF

Firma:

ANEXO VII. Descripción e Interpretación de material onírico.

La intervención psicoterapéutica con la paciente objeto de estudio se ha llevado a cabo desde la psicoterapia breve psicodinámica, la cual conecta conflictos de su cotidianidad con hechos pasados, principalmente inconscientes. Es por ellos por lo que, desde que la paciente comenzó a traer a sesión material onírico recurrente referente a los conflictos de su actualidad y relacionados con vivencias de infancia, se comenzó a trabajar en sus asociaciones e interpretaciones, para poder así tener acceso a material inconsciente relacionado con la repetición de lo traumático. Se ha considerado que, teniendo en cuenta la cuestión categorizada como traumática que intenta elaborar, en la que puede reconocerse a la madre y su relación vincular de apego desorganizado, se ha estimado como válida para hablar sobre lo que le preocupa.

A continuación, se ofrece una descripción textual de los sueños descritos por la paciente y de las asociaciones que establece en base a los elementos que en ellos aparecen.

Estos sueños han servido para trabajar con la paciente principalmente sobre los elementos de conflicto sobre el tipo de vinculación tiene con sus progenitores, así como sus vivencias en las que interpreta falta de amparo y protección en situaciones percibidas como peligrosas, y en las que no ha contado con apoyos externos.

Sueño 1

La paciente afirma no recordar cuándo comenzó a tener este sueño, pero se muestra muy compungida durante su relato. Comenta que se ve ella misma en un pasillo largo y oscuro. A veces se encuentra sola en un extremo del pasillo, y a veces tiene a una niña o niño a su lado. Toma a esta niña en brazos porque “se que tengo que salvarla”. En ocasiones esta niña es ella misma, en otras ocasiones es su sobrina Emily. A veces es un niño desconocido. Lola apunta que “como todo el mundo sabe, en los sueños no se puede correr”, pero ella trata de hacerlo porque sabe que tiene que huir. Detrás de ella hay un objeto que le produce un profundo malestar. En ocasiones sabe que este objeto es Chucky, el muñeco diabólico, pero otras veces es un muñeco indefinido. No en todas las ocasiones que se produce este sueño, la paciente se da la vuelta para comprobar qué hay detrás. Hay veces en las que no sabe de qué huye, pero sabe que tiene que hacerlo. Trata de correr con todas sus fuerzas, aterrorizada, huyendo de este objeto. Corre lenta con esta niña en brazos, para salvarla del daño que pueda producirle el objeto. A lo largo del pasillo, hay muchas puertas, unas cerradas y otras abiertas indistintamente. Hay veces en que, de estas puertas, salen brazos que tratan de atraparlas. No en todas las ocasiones que se produce este sueño, Lola consigue llegar al final del pasillo. Cuando lo logra,

en ocasiones se encuentra su padre, y en otras ocasiones se encuentra otra persona que no conoce. Comenta que sabe que esta figura debería reportarle tranquilidad, pero no es así. No se siente segura al llegar al final del pasillo. Sigue teniendo miedo. La llegada no pone fin al problema.

Para comenzar con la interpretación del sueño, separamos los elementos que aparecen en el mismo de manera ordenada, tal cual se han ido presentando en el material mencionado: pasillo, Lola, niña, muñeco, puertas/brazos, llegada/padre. Se insta a la paciente a que asocie libremente cada fragmento del sueño. La asociación libre se basa en que el individuo pueda comentar al terapeuta todo lo que pase por su mente con respecto al material concreto, sin censura. Esta asociación puede favorecer la toma de conciencia sobre los elementos presentados (Ruíz, 2001). Lola refiere las siguientes asociaciones:

- **Pasillo:** Comenta que le recuerda al pasillo de la casa familiar de su infancia en el país de origen. Recuerda que era largo y en ocasiones estaba oscuro. No le causaba temor habitualmente.
- **Lola:** Se muestra dubitativa con respecto a esta asociación, pero afirma que es su parte adulta. Es ella misma en el momento actual y futuro.
- **Niña/o:** Necesidad de salvarse a ella misma o a su sobrina. Necesidad de salvar a los niños con los que se relaciona.
- **Muñeco:** Infancia, dolor de infancia, vivencias de miedo de infancia.
- **Puertas/brazos:** Situaciones dolorosas o de terror vividas. Personas o vivencias que pueden hacerle daño o herirles a ella y a la niña/o.
- **Llegada/padre:** La paciente menciona que pese a reunirse con su padre, él no es capaz de consolarle, ni de hacer que su miedo desaparezca.

Sueño 2

Se trata de nuevo de la imagen de ella misma, de pie, esta vez situada en el comienzo de un largo camino de arena, del que no vislumbra el final. Lola comenta que comienza a correr, porque sabe que ha de huir de algo que en principio no ve. Sabe que ha de correr porque el resultado de no hacerlo le ocasionaría la muerte. Cuando empieza a correr, se da la vuelta y visualiza una gran bola que le persigue. Comenta que la bola está formada de arena, de la misma arena que forma el camino que recorre. Corre con todas sus fuerzas, pero no tan rápido como querría. Repite la frase de “en los sueños, todo el mundo sabe que no se puede correr”. Separamos los elementos del sueño y Lola los asocia de la siguiente manera:

- **Camino:** Calles no asfaltadas de alrededor de su casa en el país de origen, como estaban antes de que ella viniese a España. Hace una pausa y comenta que también le recuerdan al patio trasero de esta misma casa de infancia.
- **Bola de arena:** Lola, sin atisbo de duda, dice de manera clara: Culpabilidad. Al ser preguntada sobre con qué relaciona esta culpabilidad afirma que con la marcha de su madre. Rompe en llanto y declara que siempre se ha sentido culpable de este hecho.

La paciente apunta que, tras este sueño, se despierta llorando y muy nerviosa.

Sueño 3

La paciente narra que se encuentra dentro de una casa. Sabe que es su casa de infancia porque reconoce el pasillo. “Como siempre, aparece el pasillo”. Al llegar al salón, “un salón normal, lleno de muebles viejos y un poco descuidado” se encuentra con “una gran ola, como las olas del mar, que está a punto de engullir a mi sobrina Emily. Llego en el último momento y la salvo justo antes de que la ola se la trague. Nos caemos hacia atrás las dos, sobre el suelo del salón, y vemos cómo esta ola vuelve y engulle a un colibrí que justo pasaba por ahí. Trato de llevarla a un lugar seguro y me la llevo a la habitación de al lado. Ahí está sentado mi padre, sin hacer nada”.

Al realizar asociaciones del sueño, la paciente destaca que está convencida de que la **Ola** representa a su madre, “porque también sabría cómo hacer daño a Emily”. Con respecto al **colibrí** “no tengo ni idea, pero es verdad que en nuestra casa de pequeñas teníamos un perro, y nos dijeron que murió de pena cuando nos vinimos a España. A lo mejor puede tener que ver con el perro que se deja morir porque ya nos hemos ido o nos hemos salvado nosotras”. Y por último, con respecto al **padre** que se encuentra ajeno a todo esto en la habitación de al lado, la paciente dice “tal vez no sabía lo que estaba pasando, por supuesto hubiese querido que me ayudara a salir de la situación, pero quiero pensar que no era consciente de lo que estaba pasando”.

Sueño 4

Durante la misma semana que el sueño anterior, la paciente dice que “vuelve a soñar con una casa, esta vez que me da bastante miedo porque tenía muchos pasillos y esos pasillos daban a muchas habitaciones totalmente oscuras. No sabía ni qué había dentro ni quién podía estar. En medio de la casa había un patio enorme y cuando me acerco, me doy cuenta de que está lleno de gente, no sé si les conozco o no, porque el patio también está oscuro, pero siento una fuerza irremediable por acercarme a un hombre joven. Estoy muy muy enfadada con él en ese momento. Cojo un cuchillo de la mesa, y le



digo al hombre: antes de matarte, dame un beso en la frente. Entonces le clavo el cuchillo en el cuello y siento un alivio enorme. De pronto, ya estoy en paz, liberada”.

“La **oscuridad** claramente me ha recordado a la casa de pequeña, teníamos una habitación a la que llamábamos *el cuarto oscuro* porque esa casa todavía estaba en construcción cuando vivíamos allí, y no se le había puesto electricidad aún. Iba a ser mi habitación, pero me daba tanto miedo que mi hermana Catalina se quedó con ella. Me producía terror. Por otra parte, el **beso** me recuerda mucho al típico beso de padre, ¿no?, es como de despedida, pero con cariño. Y le **mato** por el enfado por no estar”.