



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

División de Estudios Profesionales

“DEPRESIÓN, CONFLICTO DIVALENTE Y FIGURA
MATERNA”

Opción de titulación

TESIS

**Para obtener el título de:
Licenciada en Psicología**

Presenta:

Ana Laura Morales Olivera

Director:

Dr. Adrián Muñoz Sigüenza

México, D.F. octubre, 2009





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos:

En primer lugar debo de agradecer a mis padres por brindarme las bases de lo que soy ahora, por hacer de mí una mujer, por siempre impulsarme a crecer, por su apoyo, por crecer en mí y sobre todo por soportar mi humor.

A mi hermana Lourdes, que tiene un corazón tan grande que no le cabe en el pecho. Estoy segura que es un alma vieja.

A mi hermana Erika que tiene una locura tan grande que no le cabe en el corazón.

A mis sobrinas Bárbara y Yegre a quien en especial le digo que por fin terminé la tarca más larga que me ha dejado la Miss.

A mis amigos y amigas, por su apoyo, su escucha, por las palabras de aliento, por las pláticas, por las veces que me dieron contención, que aguantaron mis dramas y mis crisis, por brindarme momentos felices, por enseñarme, por ser la familia loca que escogí, por estar ahí.

A OBTEL, por el espacio, el apoyo, el acogimiento y la amistad brindada.

A mi asesor de tesis el Dr. Adrián Muñoz, por ser mi guía, por darme cosas en las cuales reflexionar ya que sus palabras siempre han sido de apoyo, enseñanza, motivación y sobre todo gracias por tenerme tanta paciencia.

A Bojalil, por todas las veces que llevé a mi espacio el asunto de “la tesis”, por escuchar mis monstruosidades, por ser mi analista y estar conmigo.

A todo el equipo de trabajo del Centro Médico Nacional 20 de noviembre por las facilidades y la ayuda otorgada para hacer esto posible, en especial al Dr. Hugo Martínez Lemus por ser mi guía, mi gurú, por la enseñanza, las pláticas, las interpretaciones, por la amistad y el apoyo otorgado para la realización de esta tesis.

A todas las mujeres que participaron en esta investigación y que me compartieron algo más que su tiempo.

A la máxima casa de estudios, la UNAM, que fue y es mi segundo hogar, siendo muchas veces el primero.

En fin, a todos, gracias por compartirse conmigo

En mi pueblo natal habitaban una mujer y su hija, las cuales caminaban dormidas.

*Una noche, mientras las tinieblas envolvían al mundo, la mujer y su hija caminaron
dormidas hasta reunirse en el jardín cubierto con un velo de niebla.*

*Y la madre, fue la primera en hablar y dijo: "¡Al fin!, ¡Al fin! ¡Puedo decírtelo
mi adversaria! ¡A ti, que destruiste mi juventud y que has subsistido construyendo
tu vida en las ruinas de la mía! ¡Quisiera matarte!"*

*Luego, la hija habló, de esta forma: "¡Oh mujer abominable, egoísta y anciana! ¡Te
entremetes entre la libertad de mi ego y yo! ¡Quisieras que mi vida fuera una copia
de tu propia vida marchita! ¡Quisiera que estuvieras muerta!"*

*En aquel momento cantó el gallo, y las dos mujeres despertaron. La madre dijo
amablemente: "¡Eres tu, mi amor?" Y la hija respondió con la misma afectuosidad:*

"Sí, soy yo, querida mía"

Las sonámbulas, Gibran Jabil Griban

ÍNDICE

RESUMEN.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	
-Capítulo 1 <u>Teoría Psicodinámica.....</u>	14
1.1 Estructura teórica de la personalidad	
1.2 Identidad	
1.3 Ideal del yo	
1.4 Estructura Moral	
1.5 Culpa	
-Capítulo 2 <u>Teoría psicosocial de los motivos.....</u>	38
2.1 Estructuración de los motivos	
2.2 Motivos: poder, logro y afiliación	
2.3 Conflicto psicológico	
2.4 Teoría del conflicto divalente	
-Capítulo 3 <u>Aproximaciones teóricas al concepto de depresión.....</u>	58
3.1 Reseña histórica del concepto de depresión	
3.2 Neurológica-Biológica	
3.3 Modelo Psiquiátrico, tratamiento farmacológico	
3.4 Cognitivo-conductuales	
3.5 Género	
3.6 Psicodinámica, concepto de síntoma	
-Capítulo 4 <u>Comorbilidad y epidemiología.....</u>	88
METODOLOGÍA.....	96
ANÁLISIS INTERPRETATIVO DE RESULTADOS.....	101
CONCLUSIONES.....	165
ANEXOS.....	179
REFERENCIAS.....	182

RESUMEN

En la presente investigación básica se explora la relación entre el conflicto psicológico de tipo divalente con la figura materna y la presencia de depresión en mujeres adultas. Para dicho propósito se comparan dos grupos independientes, obteniéndose una muestra total de 26 mujeres cuyas edades oscilan entre los 30 y 44 años, tienen un nivel académico de licenciatura, carrera trunca o carrera técnica, tienen hijos y están o han estado casadas. Para la obtención de datos se realiza la aplicación de los siguientes instrumentos: Test de Matrices Progresivas de Raven, Test de Apercepción Temática, Autobiografía como técnica proyectiva, Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI-2 y la Escala de Hamilton para la evaluación de la Depresión. Como técnica se utiliza el estudio de caso, con el que se incluye una entrevista clínica semiestructurada donde se obtienen los datos filiales de cada sujeto, el examen mental y la impresión diagnóstica.

El Grupo A está compuesto por mujeres deprimidas que acuden al Servicio de Psiquiatría del Centro Médico Nacional 20 de noviembre del ISSSTE que brinda consulta externa. Se encuentran diagnosticadas de acuerdo al DSM-IV, no se incluyó ningún diagnóstico de trastorno bipolar, o depresión orgánica. El grupo B está compuesto por mujeres con las mismas características pero no se encuentran bajo un tratamiento Psiquiátrico o Psicológico, y se encuentran en el supuesto de no estar deprimidas.

El análisis de resultados permitió elaborar un expediente por sujeto, realizando una integración de instrumentos psicológicos que vislumbraron la estructura motivacional de los sujetos, los posibles conflictos y la relación establecida con la figura materna. Se encontró que el grupo A cuenta, en su mayoría, con una relación materna que es represora, frustradora y que no permitió un desarrollo libre de la autonomía e independencia en las mujeres, ante esto las mujeres proyectan la hostilidad hacia algún objeto o bien a ellas mismas, esto no ocurre sin la aparición de un sentimiento de culpa. Lo anterior evidencia el conflicto divalente y la presencia de éste como un factor proclive a la depresión.

INTRODUCCIÓN

El enfoque de esta tesis será dinámico. Según Bleger (1988) el término dinámica fue tomado por Freud de la física. El término dinámico comprende el estudio de las fuerzas que ponen en movimiento los cuerpos. La física es considerada una ciencia dura, en donde todo debe de ser científico y comprobado. Existen muchas opiniones en contra de que la Psicología sea tomada como una ciencia, ya que “todo es empírico”. Sin embargo Bleger retoma un punto que ha sido olvidado, y éste es el concepto de fuerza. Este concepto, tan importante como lo es para la física, tiene su origen en el campo de la subjetividad, el término de fuerza en física, es una atribución a los fenómenos del mundo de una sensación subjetiva (Bleger, 1988). En la actualidad el concepto de fuerza se maneja como cualquier interacción entre dos o más objetos, sin embargo, la fuerza está considerada de manera objetiva, como algo establecido fuera del sujeto, cuando su origen es en realidad desde el interior, desde lo subjetivo ya que no existe como tal en el afuera.

Entonces tenemos que dinámico se refiere a un movimiento de fuerzas, no implica algo estático, ni establecido, enfocado a la Psicología, en la dinámica se van dando los fenómenos psicológicos, en los que se dan transformaciones, evoluciones, desarrollo y también, fijaciones.

Entre los aspectos que conforman una orientación psicodinámica, son cuatro los que puedo mencionar de mayor importancia.

El primero se refiere a que toda orientación psicodinámica admite la noción de inconsciente como factor de influencia determinante del comportamiento. En este apartado se separan otras orientaciones como es el enfoque conductista, por poner un ejemplo, en donde lo que importa es la conducta que se genera, no importa el procesamiento que sobre un estímulo realice un sujeto, de esta forma ante un mismo estímulo se espera que haya una misma respuesta en el individuo.

En segundo lugar se encuentra que desde la perspectiva psicodinámica se admite la posibilidad y necesidad del cambio psicológico. Con esto me refiero a que cualquier sujeto, sin importar su problemática tiene una posibilidad de cambio. Cuando ocurre un cambio psicológico se produce un cambio en el comportamiento, sin embargo un cambio en el comportamiento no implica un cambio psicológico. Como ejemplo de esto tenemos la película “La naranja mecánica” del director Stanley Kubrick, en donde al personaje de la película se le reeduca para dejar de ser violento. El tratamiento consiste en obligar al personaje a observar escenas violentas, provocando que le causen una sensación desagradable. Al finalizar el tratamiento, él deja de comportarse violentamente, sin embargo, no deja de pensar en la violencia de manera constante. El cambio psicológico implica un cambio en los esquemas disposicionales, es decir, el sujeto tiene ciertas pautas de comportamiento que se han ido desarrollando mediante diversos elementos como son los factores constitucionales, las experiencias adquiridas, etc, los cuales se desenvuelven en un medio ambiente determinado. Estas disposiciones son lo que harán al individuo comportarse de cierta manera ante una circunstancia actual. El comportamiento de un sujeto está determinado por un contexto social, estructural, cultural, biológico.

Al decir que todo individuo presenta una posibilidad de cambio, implica también que no está en nuestro criterio decidir, que tan “enferma” se encuentra una persona, o si sus quejas, y síntomas nos conciernen a nosotros como psicólogos. Cuando un sujeto se presenta con un psicólogo con una demanda se debe intervenir.

El tercer punto es que en la orientación psicodinámica se admite que todo fenómeno psicológico es producto de la interacción, en donde interacción se refiere a intersubjetividad, la cual es el vínculo afectivo-emocional entre el individuo y un objeto significativo, que generalmente es una persona. Lo afectivo tiene componentes racionales, sentimientos, ideologías, mientras que lo emocional no tiene componentes racionales, expresan una necesidad, la cual determina la emoción. Los sentimientos son idealizaciones de las emociones, ideaciones.

El cuarto y último punto es que todo fenómeno psicológico es un proceso ternario, que está compuesto por un sujeto, un objeto y un alter ego. Estos tres elementos están inmersos en un contexto específico del cual ese fenómeno es inseparable.

Desde el modelo psicodinámico, bajo el cual se maneja esta tesis, el comportamiento puede ser explicado en función de una serie de construcciones teóricas internas que conforman la estructura de la personalidad, siendo el concepto de inconsciente fundamental. Lo anterior sin dejar de considerar el contexto ambiental y el desarrollo psicobiológico en el que se encuentra anclado el sujeto. Así, cualquier manifestación conductual será entendida como una expresión de una condición interna de la persona. Las variables que se contrastan implican conceptos psicodinámicos que forman parte del método clínico de la Psicología, por lo mismo, involucran dinamismos propuestos en el que los procesos inconscientes son relevantes (Fernández, 2004).

El enfoque dinámico tiene distintos niveles de inferencia, el nivel II que es aquel que se apoya en un supuesto de relación o correlato por el cual lo evaluado pudiera asociarse con otras conductas, es decir, ante lo que un sujeto dice, se puede asociar a otros procesos. En el caso de esta tesis, lo que la paciente diga sobre su depresión, sobre sus malestares, podría asociarse con otra serie de fenómenos que subyacen a este diagnóstico psiquiátrico. Sin embargo, estas conductas también se pueden explicar bajo el siguiente nivel de inferencia, el cual corresponde al nivel III en la cual el síntoma depresivo se convierte en una explicación, es decir, el sujeto realiza ciertas conductas por que está deprimido. Esta depresión se convierte entonces en un constructo hipotético o estado interno que implica una etiología de la respuesta evaluada. (Fernández 2004). Un último nivel de inferencia es el nivel IV, en el cual se pueden hacer especulaciones sobre la conducta del sujeto a partir de una teoría concreta del psiquismo.

En la época actual, aunque ya Freud (1908) lo decía en su obra, la vida va requiriendo más del sujeto, del mismo modo, empiezan más reclamos en círculos más extensos en donde se le exige participar teniendo más rendimiento en el ámbito laboral, se exige

que las personas estén mejor preparadas, con niveles académicos cada vez más altos, además de poseer conocimientos en otros ámbitos como en idiomas o paquetes informáticos, todo esto por la competencia a la que se enfrenta el sujeto. Además de que debe de estar atento a los aspectos de salud, ya que ha habido aparición de enfermedades, o bien un incremento de las mismas como son el SIDA o el VPH.

Las personas deben adecuarse y mantenerse actualizadas en la tecnología, si se quiere tener un prestigio social. Se introducen palabras al vocabulario común como son los llamados “gadgets” en los que se incluyen el i-pod, los celulares con múltiples funciones, consolas de videojuegos, agendas electrónicas, además de que se requiere que los sujetos tengan una computadora moderna, un coche, viajar por el mundo. Las campañas publicitarias asocian un prestigio a la ropa que se usa, se hace importante las marcas, se enfatiza un extremo cuidado por el cuerpo, la delgadez, que si bien el principal blanco son las mujeres, también incluyen al hombre con términos como “metrosexual”. Freud (1908) lo llamó la nerviosidad moderna que hacía que los individuos busquen restaurarse mediante mayores estímulos para obtener una satisfacción. El tiempo ahora es vital, las cosas deben efectuarse en el menor tiempo posible, los desarrollos tecnológicos han vuelto ilusorios los obstáculos temporales y espaciales en la vida del intercambio (Freud, 1908), de esta manera los trabajos en equipo que antes se realizaban reuniéndose en una casa, ahora se organizan todos a una hora para conectarse en el Messenger y así completar el trabajo. El uso de Internet ha hecho además posible la utilización de muchos servicios sin salir de casa, como las transferencias bancarias, las compras, incluso las relaciones interpersonales.

La mujer ha tenido que adquirir un papel más activo en la sociedad, al introducirse al ambiente laboral, interviniendo en la toma de decisiones no solo en este ámbito sino en el hogar y en la sociedad, ya que ahora también puede votar y hasta ser parte de los candidatos a elegir. Las estructuras, el pensamiento, las leyes, los lazos interpersonales han cambiado, los divorcios se van incrementando, al igual que las madres solteras, las mujeres se vuelven cabeza de familia, siendo proveedoras económicamente.

En un intento además por exigir sus derechos y equipararse con el hombre, la mujer entra en competencia no solo con ellos sino con las mismas mujeres, compitiendo entre ellas por el mejor cuerpo, el mejor puesto, el mejor hombre, etc. Las mujeres realizan las mismas conductas que los hombres para ponerse en un papel de igualdad, beben, se promueven las relaciones pasajeras, se introducen con mayor medida en profesiones antes consideradas de hombres, además de que existen espacios para las personas homosexuales, en una pugna por ser una sociedad libre.

Todas estos cambios culturales hacen que la persona se vea en constantes modificaciones y que se le exija diversas cosas tanto para el hombre como para la mujer, de acuerdo a lo que se espera de los individuos culturalmente, la meta única ya no es casarse y tener hijos, se tiene ahora un control de la natalidad con bastantes opciones anticonceptivas que permiten a la mujer principalmente tener un control sobre su cuerpo, instaurando el placer como un aspecto fundamental en las relaciones sexuales con la introducción en el mercado de productos que permiten un mejor desempeño sexual así como mayor placer. En aras de un desarrollo social, cada individuo ha cedido un fragmento de su patrimonio, de la plenitud de sus poderes, de las inclinaciones agresivas de su personalidad. De estos aportes ha nacido el patrimonio cultural común de bienes materiales e ideales (Freud, 1908).

Se observan cambios en la sociedad pero los métodos de crianza aún conservan aspectos arraigados, como puede ser en el caso de las mujeres crecer bajo un yugo materno el cual sea punitivo, se prohíbe y frustra constantemente. En cuanto a las relaciones interpersonales, no se permite un desenvolvimiento libre de la sexualidad ni de una autonomía e independencia que se vuelve cada vez más indispensable para el desenvolvimiento en el aspecto social. El mensaje viene de la madre con la que realizan un proceso de identificación además de que determinarán la elección de objeto que se establezca en la vida adulta, ya que ésta se realiza en dos tiempos, en primer lugar se elige a la madre como objeto de amor, desplazándose al padre en un tiempo después, sin embargo debido a la barrera del incesto se tiene que abandonar este objeto para que en la vida adulta se escoja a un objeto nuevo, pero en algunas

relaciones parentales, uno no puede elegir absolutamente nada o no tiene perspectivas de poder elegir algo conveniente (Freud, 1912), esto es cuando se les frustra de tal manera a las mujeres por parte de la madre no teniendo una opción en la que puedan tener una elección de objeto que se sienta correcta y todas sus elecciones vayan a ser consideradas malas. Cuando en este primer momento el objeto originario se ha perdido por obra de una represión, suele ser subrogado por una serie de objetos sustitutos que no van a ser satisfactorios completamente (Freud, 1912), estarán destinados al fracaso, como las relaciones de las mujeres deprimidas.

Ante el pensar conciente del adulto la madre aparece como una personalidad de pureza moral inatacable y no se debe dudar de ella (Freud, 1910), esto puede ser explicado en el saber conciente, aunque inconscientemente repriman ciertos deseos hostiles hacia ella, generándose un conflicto divalente, ya que éstos sentimientos hostiles y deseos son reprimidos, se vuelven inconscientes, se generan conflictos en las mujeres. Por un lado lo constitucionalmente inscrito que aparece en ellas, el deseo de desplazar a la madre por quedarse con el padre durante el complejo de Edipo, pero después se instaurará la conciencia moral además del ideal del yo que los padres le imponen hacia con sus hijas, de cómo debe de ser la mujer ante la sociedad. Esto se va formando en el individuo desde la niñez, desarrollándose un conflicto que al no ser resuelto aparecerá en algún momento en el individuo.

Para la presente tesis se realizó un estudio de caso de 26 mujeres, 13 correspondientes al grupo A y 13 al grupo B, cuyas edades oscilan entre los 30 y los 44 años. En esta edad la mujer se encuentra en una etapa en la cual se están llevado a cabo cambios en ella, se encuentra antes de la menopausia y según las etapas psicosexuales de Erikson (1985) la crisis que se lleva a cabo en ésta edad es la de generatividad versus autoabsorción y estancamiento. La generatividad abarca la procreatividad, la productividad y la creatividad, en estos incluye la generación de nuevos seres y también de nuevos productos e ideas, así como un tipo de autogeneración que tiene que ver con la identidad. La mujer en esta etapa se encuentra en una edad madura con un matrimonio estable, compartiendo su vida en pareja, y con los hijos a los cuales les

transmite una educación y fomenta su desarrollo. Algunas de las mujeres a esta edad se empiezan a realizar en algunas otras actividades como puede ser la búsqueda de nuevos hijos, la adquisición de nuevos conocimientos, algunas piensan en realizar una maestría, otras un doctorado, o bien especializarse en algo, esto con el fin de tener un crecimiento y desarrollo. Lo contrario en esta etapa sería un sentimiento de estancamiento. En las mujeres deprimidas podemos ver que en este momento en su vida sería como si no existiera una continuidad en lo que están realizando, como si lo que hacen perdiera sentido para ellas y no hubiera un futuro. Ante estos sentimientos las mujeres pueden responder deprimiéndose, la cual es solo una respuesta entre todas las posibles, en algunas puede emerger el deseo de tener relaciones con muchachos jóvenes, otras se muestran ansiosas, otras quieren tener un hijo, en algunas se dará en esta etapa el surgimiento de enfermedades volviéndose dependiente a otras personas, o bien, se ven limitadas en sus acciones. La depresión es un padecimiento que a pesar del continuo avance de la tecnología, va aumentando cada vez más, siendo ésta la principal causa por la que se acude al servicio de Psiquiatría y presentándose como una problemática mundial, surge así como un problema funcional que le impide a la mujer seguir desempeñando sus actividades, que interfiere en su bienestar. Si bien, no se trata de una enfermedad en la que se tenga que hospitalizar, o al menos no comúnmente, las mujeres siguen con sus actividades aunque éstas se ven perjudicadas, se presenta un malestar.

El interés de investigar la relación entre la depresión y el vínculo materno surge al escuchar los relatos de estas mujeres en donde con frecuencia hacen referencia a la relación problemática con la madre, no importando incluso si se encuentra con vida o no.

La virtud que surge en esta etapa de acuerdo a Erickson, es el cuidado, el cual es un compromiso ampliado de cuidar a las personas, los productos y las ideas por los que uno ha aprendido a preocuparse. Sin embargo, no se trata de que al estar superada una etapa se pase directamente a la siguiente, en cada una están contenidas las anteriores, lo que implica que lo que se resolverá en esta etapa de desarrollo en la que

se encuentran estas mujeres adultas dependerá de lo resuelto en etapas anteriores, además que esto será esencial para la tarea de cultivar a la próxima generación, por lo mismo, las relaciones establecidas desde la infancia formarán ciertas disposiciones y pautas de comportamiento, en los sujetos ante los sucesos presentes. De esta manera no implica que la depresión surja espontáneamente en esta etapa precisa, sino que hace referencia a etapas anteriores en el desarrollo del sujeto y los conflictos que se llevaron a cabo, por lo que la relación y el vínculo con la figura materna podría ser una pieza importante que permita dilucidar la proclividad a que en la vida adulta la mujer presente un síntoma depresivo que obstaculice su bienestar. Si bien, en este momento a la mujer se le presentan otros conflictos, como son el rompimiento de su vida matrimonial, estos desencadenan una serie de conflictos que se elaboraron desde la niñez.

La depresión no es una enfermedad sino un síntoma que está indicando un conflicto en el sujeto, cuando alguien acude al Psiquiatra o al Psicólogo, de inmediato se le tacha como enfermo o loco por que se piensa que las personas que desarrollan ciertos síntomas tienen una condición diferente que la de los demás hombres (Freud, 1917). La intervención psicológica se hace importante ya que brindaría nuevas bases en el abordaje de la depresión, relacionadas no solo con el conflicto divalente ante la figura materna, sino que pondría en cuestionamiento los métodos de crianza impartidos en la cultura mexicana como los más adecuados para un desarrollo del individuo.

CAPÍTULO 1 TEORÍA PSICODINÁMICA

1.1 Estructura teórica de la personalidad

Es importante hacer una revisión del desarrollo y estructura de la personalidad, los conflictos que le aquejan a un sujeto en determinada etapa de su vida tienen relación, de determinada manera, con los conflictos que surgieron en la infancia, el desarrollo del sujeto se realiza de tal forma que se generan pautas de comportamiento ante las cuales el sujeto reacciona de determinada forma ante ciertas circunstancias, es precisamente por esta razón que dos personas no se comportan de la misma forma ante un mismo conflicto, ni ante una misma situación, aún entre los hermanos criados por los mismos padres y con el supuesto de que la crianza se efectuó bajo las mismas circunstancias, es cierto que no nos educan de la misma manera, y nuestras experiencias y vivencias no son las mismas, aún cuando los padres quieran proporcionar la educación y la formación de manera igualitaria a todos los hijos, y son comunes las frases como “a todos se les quiere por igual” ya que “todos son mis hijos”, siempre habrá una predilección por alguno, siempre habrá patrones de comportamiento distintos entre un hijo y otro. Así el sujeto desarrolla ciertas disposiciones, es decir, ciertas pautas de comportamiento que lo harán propenso a actuar de determinada manera si un hecho presente ocurre bajo ciertas circunstancias.

Sin embargo, no solo las vivencias y las experiencias determinan la personalidad, hay ciertos factores constitucionales que también contribuyen de manera importante, estos son, el aspecto genético y el congénito, el primero se refiere a la información contenida en el material genético y el segundo se refiere a lo adquirido durante la gestación. Estos aspectos influirán en el desarrollo de la personalidad de un sujeto, ya que no tendrá el mismo desarrollo una persona que nazca con un mal congénito, o con una enfermedad heredada que uno que no lo tenga. La teoría de Adler está basada en este aspecto, en los aspectos compensatorios que forma el individuo cuando tiene un mal físico, desarrollándose en otras áreas como en la inteligencia, por ejemplo. No somos una tábula rasa en la cual las experiencias serán lo único que nos conformarán como individuos, si no también esta constitución biológica permitirá o limitará el desarrollo

como en la cognición y el lenguaje. Es precisamente por esta razón por la cual el test de matrices progresivas de Raven, el cual sirve para evaluar la inteligencia, está incluido entre la batería de pruebas psicológicas realizados a los sujetos de la muestra.

Freud, era médico, por lo que en todo momento trató de hacer una liga entre lo psíquico y lo fisiológico. En ocasiones los psicólogos caemos en el error de hacer a un lado lo médico, tachándolo, excluyéndolo, sin hacer mucho caso de lo biológico, lo genético, lo heredado. No se puede negar que existe un cuerpo biológico, y tenemos una estructura genética, aunque es cierto que muchas enfermedades médicas pueden tener una correlación e incluso ser explicadas desde una perspectiva psicológica, como es el enfoque de la psicósomática la cual aborda el cómo una enfermedad está relacionada con determinados aspectos psicológicos.

Definitivamente no todos los enfoques son para cualquier persona, ya que para algunos sujetos puede ser más fácil tomar un medicamento para su “tristeza”, una paciente de psiquiatría decía “a veces es más fácil tomarse una pastilla que hablar”. Así, todas las terapias, dentro de su campo son efectivas y hasta los cuarzos funcionan para algunos.

Mucho se ha tachado a los psicólogos clínicos de estar ligados en el pasado, de no observar los hechos presentes, y verse de una forma simplista que todo se remonta a una niñez traumática. Sin embargo es inconcebible analizar un conflicto presente sin que este conflicto muestre como es que fue el desarrollo, y los conflictos que se generaron en la infancia, por que como dije, cierto conflicto no se efectuaría si la estructura de la personalidad de dicho sujeto fuera de forma diferente, sin embargo el material con el que se trabaja es el conflicto presente, la problemática que afecta en ese momento al sujeto, aunque ésta derive a hechos de su pasado. Así, ante cualquier conflicto que se le presente al sujeto, se ponen en marcha ciertas fuerzas. Para comprender que mecanismos están operando en este conflicto, es necesario entender como está formado el aparato psíquico y así conocer las fuerzas que se están poniendo en juego y que significado tienen para el sujeto, así como los modos de comportamiento que presenta.

Cuando el niño nace, el Yo no está aún desarrollado, el bebé no puede distinguir entre él y su madre. Los bebés así, únicamente satisfacen sus necesidades, comer y dormir. La energía de estas necesidades proviene del Ello. Cuando está hambriento, tiene sueño, se siente incómodo o tiene dolor, el bebé llora sin importar la hora, si es de día o de noche, si la madre está o no, es decir, estas necesidades tienen que ser satisfechas sin importar lo que esté pasando en el exterior. Debido a esto, el Ello estará regido bajo el principio de placer.

Es en el Yo y el Ello (1923), donde Freud introduce el modelo del aparato psíquico, incluyendo además el aspecto dinámico a la estructura psíquica, aquí hablará de tres instancias psíquicas las cuales no pueden concebirse de manera aislada, sino que las tres trabajan de manera compenetrada. Precisamente de ahí viene el nombre que Freud le puso, “aparato” psíquico.

En el modelo, Freud pone al Yo y al Ello, como si fueran dos partes de una misma estructura, como si fuera un todo continuo. Aunque basta con un llanto para que la madre se presente a atender al niño, ella no está todo el tiempo con él sin despegarse, en algún momento se ve ausente, y es precisamente gracias a esta ausencia, lo que hace que el bebé presente un deseo, el deseo de lo que alguna vez tuvo y que desearía volver a tener. Entonces, en este punto el bebé se encuentra con una dificultad, que sus necesidades no pueden ser siempre satisfechas debido a circunstancias externas, es aquí donde se desarrolla el Yo. No podemos realizar lo que deseamos en todo momento, las circunstancias no siempre nos lo permiten, es por lo que hace falta otra estructura que tenga contacto con la realidad y que pueda crear una regulación al Ello. El Yo así, ya no funcionaría bajo el principio de placer, sino el de Realidad, aunque la fuerza del Yo proviene del Ello.

Cuando el individuo se encuentra en un estado de displacer, es decir que la necesidad no es satisfecha, el Ello pone en marcha la fantasía, la alucinación, la cual reemplaza al objeto mediante el cual se obtiene la satisfacción, el Ello no distingue entre la realidad y la fantasía, para el Ello, el objeto alucinado es en realidad el objeto real. La energía del

Ello es móvil, se puede desplazar de un objeto a otro, es por eso que los sueños son tan simbólicos (Calvin y Mercader, 1994), los objetos pueden representar una cosa totalmente diferente a lo que en la realidad son. Así tenemos que la alucinación, la fantasía y los sueños son momentos en donde el Ello hace su manifestación, sin embargo, también en los síntomas neuróticos, ya que al no distinguir el Ello lo real de la fantasía, lo objetivo de lo subjetivo, el Ello está más en contacto con el cuerpo y con los estímulos internos, es la sede de los instintos, es parte de nuestra constitución biológica. Si no considera la realidad y se rige por el principio de placer, no puede ser modificado por la experiencia, el aspecto sociocultural no tiene relevancia en esta instancia, el Ello carece de valores, razón, lógica y moralidad, es decir no está influido por conducta humana modificada por la cultura como son las leyes.

Así como Freud utilizó este modelo del Aparato psíquico para explicar como funciona el mismo, elaboró un modelo en el cual Freud explica como podría funcionar la mente humana. Las percepciones son los estímulos que llegan desde el exterior, los cuales tienen que ser procesados, pero en lugares más adentro, en estructuras que no se encuentran en la superficie. En esta superficie donde llegan los estímulos, no puede retenerse nada, es decir, carece de memoria, así que una vez que son procesados en estancias aledañas regresan a la superficie, a la conciencia. Sin embargo, existen dos problemas ante este recibimiento de estímulos, en primer lugar, las percepciones que se reciben no solo provienen del exterior, si no también del propio cuerpo, estas percepciones es lo que hace al Yo irse desarrollando, para captar las percepciones tanto del exterior, como del interior, el propio cuerpo y sobre todo su superficie es un sitio del que pueden partir simultáneamente percepciones internas y externas. Es poco viable tener en la conciencia, todos los estímulos que provienen del exterior, de hecho esto es lo que pasa en los niños con Trastorno de déficit de atención, son incapaces de discriminar estímulos importantes y no prestarle atención a otros, lo que no les permite concentrarse en ninguno. Es por eso que hay una especie de barrera, hay estímulos que se reprimen, lo no accesible a la conciencia, sería lo inconsciente. Freud dice que es precisamente a partir del conocimiento del concepto de represión de donde se extrae el concepto de inconsciente (Freud, 1923).

La represión es característica del Yo, es con lo que se trabaja en análisis, la represión, es el esfuerzo de desalojo. Al decir que la represión corresponde al Yo indica que éste tiene su parte inconsciente, de la cual el Ello carece. El Yo es el encargado pues de la censura, el examen de realidad, la facultad de la autocrítica, el sentimiento de culpa (Freud, 1923).

El Yo permite tolerar la tensión que se genera cuando una necesidad no puede ser satisfecha, hasta que esta pueda ser liberada, por ejemplo, cuando tenemos hambre, no siempre nos es factible ir a comer en ese instante, podemos estar en medio de una actividad importante la cual no podemos abandonar para ir a comer, es necesario esperar, el Yo es el encargado de tolerar esta tensión, además nuestro comportamiento debe de ser apropiado, por ejemplo, cuando tenemos calor no podemos desnudarnos enfrente de los compañeros de trabajo, ya que no sería correcto, el Yo da contención a estas descargas de excitación de energía y permite que su descarga se haga dentro de un contexto adecuado. Para poder obtener las satisfacciones es necesario que el sujeto realice ciertos comportamientos para conseguirlo, es decir, debe tener un plan de acción, para lograr esto se hace valer las experiencias previas, es decir, cuando en el pasado se ha presentado la misma necesidad, cómo es que se ha podido satisfacer. Retomando el ejemplo del hambre, las experiencias previas nos sirven para saber en que lugares podemos conseguir alimento, es decir, el Yo es la instancia en donde se llevan a cabo los procesos mentales como son el pensamiento, la razón, la memoria, juicio, cognición, separa el mundo subjetivo del objetivo. Aunque el Yo puede compartir algunas características del Ello, como es la fantasía, los ensueños, el Yo logra distinguir entre lo que es fantasía y lo que es realidad, en los sueños también hace su aparición, ya que es el encargado de reprimir cierto material del contenido onírico para que de esta manera no emerja a la conciencia.

Vemos de esta forma, como es que el Yo se va desarrollando. Para que la energía del Ello pase al Yo se puede ir por dos caminos (Freud, 1923), uno es de manera directa, por ejemplo, lo podemos observar en los lapsus, o algunos olvidos, etc., otra de las formas por las que puede salir la energía del Ello es mediante el ideal del Yo. Ante las

pulsiones que se presentan, el Yo tiene que fungir como mediador, y saber si obedece a esas pulsiones, o por el contrario las inhibe, cierto que esta inhibición va a verse influida por el ideal del yo, es decir lo que se debe y no se debe hacer, el Superyó fungirá como una formación reactiva ante el Ello.

Mientras que el Ello es parte de nuestra constitución biológica, el Yo, aunque está en interrelación con el medio ambiente esta guiado con los procesos naturales de crecimiento, es decir la maduración. Los procesos mentales van modificando su funcionamiento a medida que el individuo se va desarrollando y va creciendo, teniendo los aspectos constitucionales como la herencia, la inteligencia, un aspecto importante en el desarrollo del Yo. Melanie Klein (1987) habla de éstos factores constitucionales, y del como la capacidad inicial del yo para tolerar la angustia depende de su fortaleza innata.

Hay un punto en el desarrollo el cual va a ser fundamental para la formación del Yo, y este es el comienzo de la motilidad, cuando el niño, puede desplazarse, aparecen los juegos en donde el niño se aleja y se aproxima a la madre, de esta forma el niño va comprendiendo que es un ser separado de ella, después ya vendrá el control de esfínteres, en donde el niño empezará a formarse una voluntad y un poder de decisión. El Yo gobierna los accesos a la motilidad, vale decir, la descarga de las excitaciones en el mundo exterior (Freud, 1923), de esta manera, las pulsiones que emergen del Ello se expresarán de forma que sean adecuadas para la realidad exterior.

Cuando se da una separación en el infante de lo que hay externo como algo que puede satisfacerlo en sus necesidades, aparece el llanto con el fin de obtenerlo de nuevo, de esta forma se contrapone por primera vez al Yo un objeto como algo que se encuentra afuera y solo mediante una acción particular es esforzado a parecer (Freud, 1930), de esta manera se introduce un mundo exterior que le pueden proporcionar al bebé las sensaciones de placer o displacer.

Como humanos, estamos inmersos en una sociedad y en una cultura, y para poder convivir, debemos de tener reglas, creamos las leyes, las sanciones, el manual de Carreño, sin embargo, cada persona tiene una escala de valores que le hace conducirse de cierta manera en la sociedad, la cual es propia. Esta inclusión de la sociedad, las reglas y el deber ser está a cargo de una tercer estructura, el Superyó, el cual es el heredero del complejo de Edipo (Freud, 1923), por lo tanto se debe hablar de éste para poder entender su conformación. El desarrollo del complejo de Edipo no tiene la misma solución en hombres y mujeres, por lo que aquí me enfocaré en el desarrollo del complejo de Edipo en estas últimas.

Para Freud siempre fue un misterio la sexualidad femenina, y aseguraba que los mecanismos de la sexualidad en el hombre y en la mujer tendrían que ser diferentes. Freud nunca dio una respuesta a la pregunta ¿Qué quiere una mujer? (Freud, 1925). En los primeros abordajes sobre el complejo de Edipo, Freud pensaba que el mecanismo tendría que ser el mismo para los hombres como para las mujeres, simplemente habría un cambio del objeto al que van a investir y con el que posteriormente van a identificarse, siendo la madre en la niña, y el padre en el varón. Sin embargo, después rectificó esto, son diversos los pasos que se siguen en la resolución del complejo de Edipo en la niña, y en el niño, la cual tiene que ver con la diferencia anatómica de los sexos (Freud, 1925).

La madre es generalmente el primer objeto que le provee de sustento, alimentación, cuidados al infante, tanto para la niña como para el niño. Sin embargo, en el caso de la niña, debe de pasar algo que permita que cambie su objeto de amor de la madre al padre. Como dije, las diferencias anatómicas jugarán un papel importante, ya que la envidia del pene permitirá tanto a uno como a otro introducirse, o sepultar el Edipo respectivamente. La niña, al verse desprovista de pene, quiere tener uno, se siente incompleta, es así como se liga al hombre, con la esperanza de que algún día tendrá un pene y de esa manera estar completa, y ser igual al varón. La niña sabe que la madre no podrá dárselo ya que ella misma no tiene uno. Algunas feministas, rechazan la idea de que un aspecto fundamental para el desarrollo de las mujeres sea el concepto de la

envidia del pene, algunos comentarios se tornan en la idea de que ellas no recuerdan haber envidiado el pene. Sería difícil poder mantener esos recuerdos, sin embargo, cuando empezamos a explorar algunas experiencias de la niñez, podemos ver algunos indicios que abren una brecha en este concepto, por ejemplo, este es el caso de una mujer adulta, la cual relata en una sesión de terapia de grupo, un pasaje de su infancia, en el cual hace alusión a un juego infantil, debido a que los demás miembros del grupo desconocen el nombre del juego, ni en que consiste éste, comienza a explicarlo, diciendo que es una especie de baseball en donde tienen que pisar un palito de madera, golpearlo, y los demás ir por él, ella jugaba este juego con puros niños, ya que ella recuerda que siempre le llamó la atención los cochecitos y otras actividades características de ellos, casi no se relacionaba con las niñas. Al relatar esta anécdota recuerda que ella se sentía muy feliz al pertenecer a ese grupo, y que se divertía mucho, sin embargo, en una de las veces, al agacharse a recoger el palito del juego, se dio cuenta de que podría estar muy feliz, pero ella sabía en el fondo que no pertenecía a ese grupo, podría jugar los mismos juegos, podía sentirse feliz, podía encajar, pero algo le faltaba, en el fondo ella sabía que no era como los niños. Freud (1925) dice que esta envidia del pene se verá en los celos, por ejemplo.

La niña al ver que un niño que tiene pene puede ser más querido que ella, cree que un pene es equivalente a un hijo. Con este propósito hace del padre su objeto de amor, por la obtención de un hijo. Cuando existe el nacimiento de un hermano en esta etapa del desarrollo, la niña puede asumir a este nuevo hermanito como su hijo, o cuando ella es la mayor de varios hermanos, puede considerarlos a todos como sus hijos. Este es el ejemplo de una paciente que es la menor de los hermanos, cuando sus padres deciden adoptar a un nuevo hermano, ella se siente terriblemente celosa de su nuevo hermano menor, sin embargo después estos celos se convierten en un amor hacia este hermano, convirtiéndose en su consentido y cuidándolo como a un hijo. La madre entonces pasa a ser objeto de celos. Es clara la alta rivalidad que existe entre las mujeres adultas, son comunes las frases como “el peor enemigo de una mujer es otra mujer”, “mujeres juntas ni difuntas”.

Lo que ocurre en el complejo de Edipo en el varón es que el niño quiere tener a la madre solo para él, sin embargo está la presencia de la figura paterna, con la cual el varón tiene una pérdida de antemano, no se puede luchar contra el padre, entonces, al tener esta batalla perdida en lugar de ver a su padre como rival, se identifica con él, lo introyecta, esperando que de esa forma él cuando crezca tendrá una mamá igual. El niño, al ver que la niña está desprovista de pene, o bien, su misma madre lo está, considera la posibilidad de que a él mismo puede verse carente de pene. A esta idea contribuyen los comentarios de los padres como “te lo voy a cortar” “se te va a caer”, cuando el niño manipula sus genitales. Este complejo de castración, mientras que para el niño es fundamental del complejo de Edipo, en la niña es introducido por este mismo (Freud, 1925), ya que al darse cuenta de que está castrada la niña se identificará con la madre para obtener a un hombre así como el padre que le de eso de lo que está desprovista, ya que la madre al estar carente también de pene no puede dárselo.

Sin embargo, esta prohibición de no poder estar con la madre es lo que permite la formación del Superyó. La prohibición que introduce el padre de no poder tener acceso a la madre, así como él si lo tiene.

1.2 Identidad

Con estas tres instancias psíquicas formadas en el sujeto, se realiza el proceso de identificación, ya que con la introducción del Superyó, que es el heredero del complejo de Edipo, tanto en el niño como en la niña se realiza una identificación con un objeto, es decir los padres, introyectando ciertas características de los mismos. La fantasía subyace a los mecanismos de introyección y proyección que permiten al Yo llevar a cabo una de las funciones básicas mencionadas, la de establecer relaciones de objeto (Klein, 1987), es así como estas relaciones de objeto no solo se estructuran con lo experimentado en las relaciones con las personas de una manera objetiva o cuantificable, sino que también se elaboran con lo que el mismo sujeto realiza en su fantasía para poderse construir el mundo, esto lo vemos en el relato de las mujeres adultas al describir a una madre autoritaria y represora. La respuesta de la madre ante estas acusaciones será de asombro, argumentando que a su hija nada le faltó, y que fue la mejor madre que dentro de sus posibilidades pudo ser.

Según Melanie Klein (1987), desde que el niño es bebé empieza a tener contacto con los objetos, el primer objeto que así se presenta es el del pecho materno. Estos objetos surgen primero como objetos parciales, para después convertirse en objetos totales, es decir mediante la introyección no solo del pecho sino de la madre como un todo, con sus características tanto buenas como las malas. De ésta manera, estas relaciones con los objetos internos se desarrollan al mismo tiempo que las relaciones con los objetos externos, por lo que los objetos internos desde un principio se ven influidos por las frustraciones y gratificaciones que forman parte de la vida cotidiana (Klein, 1987). Las condiciones para la elección de objeto son idénticas tanto para hombres como para mujeres, sin embargo, en la mujer debe devenir un cambio en la elección de objeto (Freud, 1931).

Al concluirse entonces el Edipo, estos objetos, a los que la niña y el niño invistieron con energía libidinal, es decir los padres, se convertirá en una identificación (Freud, 1923), la cual ayudará por supuesto a la formación del Yo y a formar el carácter. Al realizarse esta identificación, en realidad lo que se está haciendo es introyectar el objeto que

estaba siendo investido libidinalmente. Esta identificación compartirá características del objeto introyectado, es por esta razón que compartimos aspectos del carácter de nuestros padres, esta identificación va a ser muy importante cuando en las futuras etapas se realice una elección de objeto. Vemos que en la pubertad y la adolescencia, el problema de la identificación juega un papel fundamental en la vida del sujeto. Como características típicas de esta etapa los adolescentes empiezan a identificarse con ciertos grupos, con ciertos amigos, con ciertos héroes, sin embargo, esta identificación primaria, generará ciertas disposiciones en el sujeto, para investir a determinados objetos.

La Identificación es la más temprana exteriorización de una ligazón afectiva con otra persona (Freud, 1921). La libido que estaba proyectada al objeto, se vuelca nuevamente hacia el sujeto, con ciertas características del objeto introyectado, a esto Freud lo llama libido narcisista (Freud, 1923), puesto que el mismo sujeto está investido con libido. Al regresar al Ello, se resignifican las metas sexuales, ya que no serían los padres la meta sexual, se sublima, es cuando se entra a la etapa de latencia, donde parecerá que no ocurrirá nada, hasta la adolescencia. Sin embargo, lo que se forjó en estas etapas es lo que dará las pautas de cómo serán las relaciones con los objetos entrando a la etapa genital. A partir de la adolescencia, estas relaciones lo que harán es reforzar las identificaciones primarias. En la etapa genital por ejemplo, la libido pueda depositarse hacia los demás objetos del sexo opuesto y cuando estos objetos desaparecen de nuestras vidas esa libido que se había investido en ellos regresa al Yo, retomando la forma de libido narcisista, aunque con características del objeto perdido que son introyectadas, de esta manera a lo largo de nuestras relaciones con las demás personas algo introyectamos de estos objetos, de la misma manera, nosotros nos vinculamos con las personas por que algo tienen que ver con nosotras mismas a manera de identificación. Es común que las mujeres creen que su padre es el mejor padre del mundo, o en el caso de los hombres que la mamá es santa, con frecuencia en las relaciones futuras se repiten los mismos patrones debido a estas experiencias previas (Freud, 1923). Los efectos de estas primeras identificaciones serán universales

y duraderos. La identificación, desde el principio, es ambivalente, puede darse la expresión de la ternura o bien hacia el deseo de eliminación (Freud, 1921)

No solo, compartimos ciertas características del objeto introyectado, es decir, no solo compartimos ciertas formas de ser de nuestros padres. A menudo vemos que se cumplen las amenazas que proferían nuestra madre, sobre todo en sentencias tales como “cuando seas madre lo entenderás”, o “algún día dirás: que razón tenía mi madre”, estas profecías de las que el sujeto quiso escapar terminan convirtiéndose en realidad, y termina pareciéndose un poco o igual a su madre. El Superyó, precisamente al formarse debido a las prohibiciones paternas, conserva a lo largo de la vida su carácter de origen, proveniente del complejo paterno, es decir, la capacidad de contraponerse al Yo y dominarlo (Freud, 1923). Llega un punto en que a los niños no se les tiene que estar repitiendo lo que deben de hacer, si no que ellos solos ejercen las leyes paternas. Por ejemplo, en el libro del señor de las moscas, en donde unos niños son sobrevivientes de un accidente de avión, se quedan siendo náufragos en una isla desierta, sin la presencia de ningún adulto, sin embargo, cuando quieren cometer algún acto que generalmente estaría prohibido, pero que ahora podrían hacer por que no se encuentra la presencia de los padres, aún así no lo realizan, por que es como si una mano invisible se apareciera a reprenderlos.

De esta manera se tiene que renunciar como meta sexual al objeto que en este sentido es la madre, para poder encontrar más adelante un objeto de amor, diferente. Sin embargo, vemos que en el caso de las mujeres deprimidas se vivió en un ambiente de restricciones y limitaciones, en una época temprana de su desarrollo en el que no tenía los medios para enfrentarla, se les castigó por el ejercicio de su sexualidad, no solo en cuanto a las relaciones de pareja, sino también en las de amistad, no se podrá entonces buscar un objeto de amor en el exterior, esto tendrá repercusiones, por lo que vemos que al no poderse desarrollar una veta tierna sana, tampoco se pueden establecer fraternidades. Al poder despejar como meta sexual a la madre, y al contrario introyectando esta figura materna, identificándose con ella para en un futuro poder tener un objeto como el padre, se genera un sentir tierno (Freud, 1930). Sin embargo, cuando

se trata de una figura materna en la cual se despliegan sentimientos de odio y hostilidad, es difícil poder generar la veta tierna, por lo que se debe de despojar el lado malo de la madre para poder amarla y sentir ternura por ella, y ese sentimiento hostil se regresa a la sujeto o bien se proyecta a otros objetos.

Las mujeres reaccionan indefensas y sumisas ante este yugo materno, sin embargo, al no haberse desarrollado una autonomía, en su vida adulta harán responsables a los demás de ellas mismas, y presentarán el deseo de ser amparadas y acogidas (Horney, 1990), de ésta manera en la etapa genital, cuando aparece una elección de objeto del sexo opuesto, ésta elección estará influida con el proceso de identificación, y de elección de objeto que se realizó en la niñez. Estas mujeres buscan en una relación amorosa a un hombre que pueda mostrarse como el rescatador de una madre represora, sin embargo, ésta represión genera frustración e inseguridades, por lo que se desconfiará constantemente del amor que el otro pueda proporcionarle, por que ella misma no se siente un objeto digno de amor, se vuelve dependiente a los objetos, y vemos como de adultas se vuelven sobreprotectoras yo bien dependientes de sus hijos. Así vemos a la mujer que pierde a su bebé y piensa que va a tener el apoyo de sus compañeras al volver al trabajo, lo cual no se da, o la mujer que cortó tajantemente con su novio a los 18 años por que no le dijo que no se iba a presentar a una cita y nunca más volvió a saber de él, o está la mujer en la que sus problemas de alcoholismo y rebeldía desaparecieron cuando se casó, aunque la depresión regresa ahora cuando su marido tiene un problema médico.

El rencor por haberle impedido el libre quehacer sexual desempeña un papel en el desasimiento de la madre. Ese mismo motivo vuelve a producir efectos tras la pubertad, cuando la madre cree en su deber preservar la castidad de su hija (Freud, 1931). Vemos esto en como en las mujeres, se da una rebelión con la madre precisamente en la época de la adolescencia justo cuando empiezan a tener relaciones interpersonales, generalmente se muestran rebeldes, se presentan comportamientos hostiles, con compañías dudosas, fiestas frecuentes, consumo de bebidas alcohólicas, relaciones riesgosas, etc. Por una parte estas nociones vuelven a despertar las mociones

agresivas pulsionales (Freud, 1926). Esta rivalidad con la madre no surge en la adolescencia cuando se presentan estos comportamientos rebeldes, esta rivalidad remitirá al Edipo, cuando la niña quiso desplazar a la madre para conseguir al padre, sin embargo la actitud hostil hacia la madre no es una consecuencia de este, sino que proviene de la fase anterior y halla solo refuerzo y empleo en la situación edípica (Freud, 1931)

Hay una característica en común en estas mujeres del grupo A que no es tan frecuente en el grupo B y es sobre la ausencia de un padre, si bien la crianza solo se efectuó por la madre, o bien se trata de un padre sin autoridad ni decisión. De esta forma puede que se regrese a la ligazón con la madre debido a que existe una desilusión del padre, esto también explicaría el como aún en la vida adulta las mujeres siguen en estrecha relación con la madre, a pesar de la mala relación que exista, por lo que también, cuando estas mujeres se pelean con su pareja o bien se separan vuelven al cuidado materno. En el Edipo, la ligación–madre deja conjeturar un nexo particularmente íntimo con la etiología de la histeria, (Freud, 1931) Además entre más cohesionada esté la familia, más difícil puede ser para el individuo ingresar a otros círculos (Freud, 1930).

1.3 Ideal del yo

Mientras que el Yo está regido por el principio de realidad, el Superyó esta regido por lo ideal, por el deber ser, el cual se construye de acuerdo a la sociedad y a las concepciones morales, qué es lo que está permitido y que no en una sociedad. Esto se transmite, naturalmente, a través de los padres y de otras figuras de autoridad, como son los maestros, los doctores, los agentes de la ley, etc. El niño empieza a relacionar que su comportamiento tiene repercusiones en los demás, cuando se actúa de determinada manera el niño será premiado o castigado, de esta manera se forma un esquema de lo que es bueno y de lo que es malo, de lo que está permitido y lo que no, esto se va fortaleciendo ya que dichos comportamientos estarán ligados al amor de los padres y a los beneficios que esto conlleva. Lo que se transmite al niño es el Superyó de los mismos padres y no su comportamiento, aunque se esperaría que éste fuera congruente con su Superyó.

A lo que en realidad le teme el sujeto es a la pérdida de amor del objeto, este peligro procede del Superyó, ante el cual sobreviene la angustia. Esta angustia ante la pérdida del objeto, también se liga a la inmadurez y falta de autonomía del Yo. De esta forma lo que es malo o incorrecto deviene cuando uno se ve amenazado por la pérdida de amor (Freud, 1930). Vemos que en las mujeres deprimidas uno de sus principales impedimentos en su bienestar es el haber perdido a su pareja, o el que su matrimonio no haya funcionado, además de que en muchas de ellas los intentos de suicidio están ligados al hecho de perder a este objeto amado, o bien, está la paciente que tiene una recaída en cuanto al uso de inhalantes justo cuando alguien muy cercano muere, de esta manera se muestra la dependencia de estas mujeres ante su objeto y la angustia y depresión que surgen cuando el objeto se pierde.

Al introducir al sujeto a la cultura emergiendo el Superyó, constituye la estructura moral, sin embargo el Superyó, puede volverse hipermoral (Freud, 1923) lo cual puede llegar a una exigencia moral tan grande que sea imposible de cumplir por el sujeto, creándose pues un conflicto. Sin embargo al verse limitados, sus expresiones, por ejemplo en el caso de la agresión, ésta al externalizarse se vuelve contra el propio Yo. Un caso de

esto es una joven universitaria, la cual tiene una fuerte formación evangelista por parte de los padres, aunque ella misma tiene fuertes creencias religiosas. Su religión, le impide, entre otras cosas, comportamientos “inadecuados” con los hombres, así como exteriorizar su agresividad, además de no tener en muchas circunstancias una decisión propia, por ejemplo, ella se muestra muy a disgusto de tener que ir con el psiquiatra, pero sabe que todos hacen un esfuerzo por que ella vaya por que considera que es algo que debe de hacerse. Esta paciente, presenta crisis pseudoepilépticas, en donde, esta agresividad se vuelca sobre su propio Yo, formando síntomas.

En el malestar en la cultura menciona Freud (1930) el orden y la limpieza como un símbolo de belleza, como algo que es valioso. En la lámina del TAT titulada “mujer de edad en la puerta”, en general las mujeres a las que se les aplicó la prueba relatan características relacionadas al orden y la limpieza, ya sea asociando a la mujer como un ama de casa que realiza las labores domésticas, o bien atributos como una casa ordenada, limpia, asociados a sentimientos agradables. Freud menciona que este orden hace referencia a la compulsión a la repetición, es decir a cómo algo debe de hacerse y cuando. Cabe señalar que éstas características son atribuidas en esta lámina a un personaje en donde se esperaría que representara a la figura materna.

La tutela del ideal del yo se encuentra a cargo de la conciencia moral, y parte de la crítica de los padres a las que con el paso del tiempo se suman la de los educadores, maestros, prójimos, opinión pública, etc. (Freud, 1914)

1.4 Estructura moral

Los seres humanos estamos inmersos en una cultura y en ciertos valores que han sido impuestos por nuestra sociedad, y conforme ésta va evolucionando nos vamos separando más y más de la forma de vida de nuestros antepasados. La cultura sirve para dos fines, el primero es la protección del ser humano frente a la naturaleza y la otra es la regulación de los vínculos recíprocos entre los hombres (Freud, 1930). Así mismo, a lo largo de la historia, el ser humano ha hecho un intento por realizar categorizaciones y formar conceptos los cuales funcionan como metáforas, alejadas de la realidad, que le permiten al ser humano poder llevar una convivencia en paz, por que los números, los triángulos, la línea recta no existen en ningún lugar de la naturaleza, son meras construcciones nuestras (Nietzsche, 2007).

Un hecho que ha hecho que la cultura prospere son los vínculos sociales, que es lo que nos ha permitido poder conformarnos como cultura, y bien, en estos vínculos, es difícil librarse de determinadas demandas ideales, que es lo que se supone que se espera de una sociedad de cada sujeto. Uno de los sentimientos que nos hemos visto en la necesidad de sublimar para el desarrollo cultural, para las actividades psíquicas superiores, para comportarnos como seres racionales, es la hostilidad y las pulsiones agresivas (Freud, 1930), de esta forma se dice burdamente que un cirujano es un asesino sublimado, o que un psicólogo es un chismoso sublimado. Esta hostilidad y agresión se reprime únicamente en el ser humano como una forma cultural, puesto que en el reino animal no se da esta represión de la hostilidad, los leones matan a sus cachorros conservando a los más fuertes para mantener la especie.

La conciencia moral es una instancia interior que vigila y castiga al individuo, decidiendo lo que es bueno y lo que es malo, su función es vigilar y enjuiciar las acciones, ejerce una actividad censora (Freud, 1930).

En México tenemos una cultura en donde la familia es un núcleo muy importante de la sociedad, desde la religión, que es un mecanismo importante para contener los impulsos agresivos y hostiles se impone el mandamiento “honrarás a tu padre y a tu

madre”, es importante destacar que es en este mandamiento en donde se incluye a la mujer de forma equivalente junto con el hombre, ya que en el mandamiento “no desearás la mujer de tu prójimo” no se hace referencia al “hombre de tu prójimo”. La madre es considerada como una Santa y no hay peor insulto que una “mentada de madre”.

La religión se impone como un mecanismo para poder controlar y reprimir estos sentimientos agresivos y hostiles, se impone el mandamiento “amarás a tu prójimo como a ti mismo”. La conciencia moral se comporta con severidad y desconfianza tanto mayor y cuanto más virtuoso es el individuo, aquellos a los que más se han acercado a la santidad son los que más se reprochan su condición pecaminosa, puesto que ven limitadas las acciones con mayor severidad, vemos que la religión determina “por mi culpa, por mi culpa, por mi gran culpa” de lo cual no solo corresponde lo que hacemos sino incluso lo que pensamos. De la misma manera cuando se crece bajo un ambiente el cual es represivo, y se limitan en extremos las conductas, volviéndose una educación autoritaria, se acorta el espacio en el que las mujeres van a tener libertad en sus comportamientos, generando sentimiento de culpa. La renuncia ante lo pulsional es lo que va a formar la conciencia moral, sin embargo, estas renunciaciones cada vez exigen más y más, es así como la agresión y la hostilidad que puedan presentar estas mujeres hacia una madre dominadora se ven limitadas y reprimidas debido a su conciencia moral, la cual ve promovida su poder mediante una frustración exterior. El Superyo plantea severas exigencias ideales cuyo incumplimiento es castigado mediante una angustia de la conciencia moral. Cuando el sujeto se siente abrumado, frustrado, las exigencias de su conciencia moral aumentan y entonces el sujeto se impone abstinencias y se castiga mediante penitencias (Freud, 1930). Los síntomas, la depresión, los autorreproches vendrán de esta forma como un castigo, de la misma manera se presentan fracasos tanto en la vida amorosa como en las relaciones laborales y de amistad. El Yo no tiene permitido hacer esas cosas por que le proporcionan provecho y éxito, que el severo Superyo le ha negado (Freud, 1926), las satisfacciones, las actividades que las mujeres deprimidas desearon realizar se vieron frenadas por una madre que no lo permitió, esto se refleja en la vida adulta con los

constantes autosabotajes sobre todo en el aspecto laboral o de enriquecimiento intelectual, el Yo renuncia a esas satisfacciones a fin de no entrar en conflicto con el Superyó, lo cual en contraste con las mujeres del grupo B no se muestra puesto que al crecer en un ambiente de autonomía, les permite construir sus propias vías de crecimiento sin que se acontezca una prohibición por parte del Superyo. De esta manera vemos como un ambiente frustrador en el que se desarrolle el individuo le generará conflicto en varias áreas en el sujeto, ya que el Superyó adquiere un carácter necesario (Freud, 1926), en donde si se trata de un Superyó severo, con un ideal que se vuelve inalcanzable, es decir ya no siendo un ideal del yo, sino un yo ideal, las relaciones sociales se verán poco satisfactorias.

Cuando se establece una relación con la autoridad en la cual queda vetada toda crítica, las prohibiciones pueden expresarse manifiestamente en forma de castigos, sin embargo, la forma más eficaz en la que esta prohibición se establece es mediante la utilización de fundamentos morales, en tal caso la crítica de los hijos que podría haber en contra de los padres no solo es coartada por la sensibilidad de los padres, sino también por el hecho de que se encuentran imbuidos en un ambiente cultural según la cual es pecado criticar a los progenitores (Horney, 1990), así vemos por ejemplo a una paciente del grupo A en donde relataba que a ella le habían enseñado que a los padres no se les juzgaba, ni se le cuestionaba su proceder, o el caso de otra paciente en la cual la autoridad que se establece en su casa corresponde al más viejo o vieja de su familia, que en la situación actual se trata de su madre, y ella es la que se encarga de administrar el dinero a toda la familia extensa a pesar de que ya tengan su vida familiar aparte.

Karen Horney (1990), en su obra se enfocó en el aspecto cultural. El hombre le teme a ciertos peligros, los cuales se pueden generalizar independientemente de la cultura en la que se haya crecido, éstos son los peligros externos, los provenientes de la naturaleza y los enemigos, sin embargo también está presente el temor a lo que pueden desembocar las relaciones sociales, es decir, el posible despliegue de hostilidades, opresión, injusticia, etc., sin embargo para poder vivir en una convivencia

en paz estas agresiones se deben reprimir o bien sublimar. En el hombre también se presenta un miedo ancestral a los demonios o a la violación de los tabúes. Todos estos temores, a pesar de ser generales se ven reforzados o modificados de acuerdo a las condiciones propias de la vida individual, así vemos que aunque los temores o la represión de los actos hostiles y agresivos han aparecido desde tiempos ancestrales la cultura juega un importante papel para que esto se vaya modificando, y no solo de cultura en cultura, sino también de persona a persona, y aún es diferente entre hombres y mujeres. La mujer se ve empujada a un segundo plano por la cultura (Freud, 1930), ellas se ven bajo una mayor exigencia en cuanto a limitar la vida sexual, además de que se intensifica la veta tierna y amorosa que la mujer debe de tener, estableciendo así entre sus deberes el cuidado de los hijos, de la casa, de la pareja, de los padres, etc., limitando en ella más que en el hombre tanto el despliegue de la sexualidad como una mujer deseante, así como el despliegue de una pulsión agresiva. De esta manera se establece en estas mujeres deprimidas una doble exigencia y prohibición, una viene desde el lado materno, pero por otro lado a nivel cultural se prohíbe que estas mujeres puedan desplegar los sentimientos agresivos y hostiles aún cuando podrían verse justificados. Sin embargo, estos impulsos hostiles transgreden las restricciones interiores y exteriores de alguna manera, aunque sea en la fantasía (Horney, 1990), aquí, una vez más la fantasía cobra un papel fundamental en el despliegue de esta hostilidad, lo cual puede verse en las láminas del TAT, y en el caso de algunas mujeres lo expresan de manera manifiesta en la entrevista, el deseo de querer hacerle daño a su familia, sobre todo a su madre, o bien aquella paciente que presenta sueños premonitorios en donde siempre que aparece un bebé alguien cercano a éste muere, bien podría interpretarse como alguien cercano a este bebé es decir su madre.

1.5 Culpa

Karen Horney (1990) establece que el sentimiento de culpa está ligado a una noción cultural, de esta manera lo que podía parecer incorrecto o malo en el pasado, ahora se ha ido modificando. La cultura tiene que movilizarlo todo para poner límites a las pulsiones agresivas de los seres humanos, para sofrenar mediante formaciones psíquicas reactivas sus exteriorizaciones, sin embargo, Freud (1930) mismo se cuestiona los medios mediante los cuales la cultura puede inhibir, para volver inofensiva, incluso erradicar la agresión. Las instancias que harán esto posible serán el Superyó, la conciencia moral, pero sin embargo, un factor fundamental, la culpa.

Los sentimientos de culpa se derivaran de esta estructura moral, ya que en ocasiones existen discrepancias entre las exigencias del Superyó, con los comportamientos que realiza el sujeto y si el sujeto siente culpa, es por que sus acciones no corresponden a lo que había internalizado como el deber ser. Se llama conciencia de culpa a la tensión entre el Superyó que se ha vuelto severo y el Yo que está sometido (Freud, 1930), lo cual se exterioriza como una necesidad de castigo.

Con los pacientes del servicio de Psiquiatría observamos los síntomas que se han descartado por otras especialidades debido a que su origen no involucra factores orgánicos, se van poco a poco descartando los diagnósticos quedando una serie de síntomas y malestares de origen psicológicos. El paciente puede mantener este síntoma por años, Freud (1930) dice que el paciente no se siente culpable, sino enfermo. Es importante recalcar que los pacientes que van al psiquiatra, no acuden por cuenta propia, sino que son enviadas por los otros servicios del Hospital, o bien por que se encuentran dentro de un protocolo del cual es necesario pasar por Psiquiatría, también se da el caso de aquellos pacientes, en los que si presentan un cuadro que puede ser diagnosticado, los síntomas se ven mezclados con otros que no tienen un origen médico, esto es común en el caso de la Epilepsia, ya que aunque presentan crisis bien definidas, éstas se ven mezcladas con otras crisis que no son epilépticas, que no son viables desde el punto de vista neurológico, y que ciertamente tienen un origen psicológico. En mi estancia en el Hospital, la cual tuvo una duración de año y

medio, no observé en consulta ningún paciente que llegara exclusivamente al servicio de Psiquiatría, mucho menos a Psicología. Los pacientes llegan con el Psiquiatra, pidiendo medicamentos, ya que les son necesarios, es mucho más fácil sentirse enfermo que poder lidiar con los conflictos que le aquejan al individuo, pareciera incluso que muchos pacientes se esfuerzan por mantener su padecimiento mostrando una gran resistencia a que esta condición cambie. Lo vemos en los casos en los que suspenden los medicamentos, o sin ningún reparo modifican las indicaciones médicas. Tal es el caso de una paciente mayor, que se encuentra deprimida, a la cual el Psiquiatra le receta Clonazepam en gotas para dormir. En una noche, ella confundió el Clonazepam con unas gotas lubricantes para los ojos, siendo que las botellas son bastante diferentes, se las tomó, sintiéndose bastante mal.

Bastantes son los casos de pacientes, a los que los psiquiatras puedan llamarle “testarudos” en donde, el paciente llega quejándose de sus dolencias, de sus tristezas, de sus angustias, de su insomnio, comúnmente los psiquiatras les brindan opciones para solucionar sus males, ante las cuales el paciente siempre encuentra una razón para no poder realizarla, es decir, los pacientes se quejan de una situación, pero sin embargo no hacen nada para moverse de ella, y hasta la justifican, llegando a establecer un debate con los psiquiatras, mostrando cualquier cantidad de argumentos, con los cuales se justifique el porqué no hay nada que esté en sus manos hacer para cambiar la situación. Los debates se llegan frecuentemente a encajonar en asuntos religiosos, expresando comentarios como: “como me van a juzgar cuando llegue allá arriba, si fui mala”, o como “me van a señalar en la calle, diciendo ahí va la mala hija, si hago eso”. Este sentimiento de culpa juega un papel importante en la formación del síntoma depresivo, quizá, como lo dijo ya Freud, sea la conducta del ideal del yo, el que decide la gravedad de una neurosis (Freud, 1923).

Cuando el individuo se muestra culpable por algo, se presenta esta necesidad de castigo, y esta culpa se representa como severidad ante las proyecciones de agresión que la conciencia moral impuso. En el caso de las mujeres deprimidas, son frecuentes los autorreproches que se elaboran de manera manifiesta. Freud (1930) menciona que

solo las pulsiones agresivas se vuelven audibles como reproches. Se observa en las pacientes, por ejemplo, la referencia a los castigos, a las ideas persecutorias, a los temores de que alguien pueda dañarlas, son frecuentes los autorreproches, decirse que son malas mujeres, malas madres, malas esposas, se recriminan de sus actos, ya algunas mencionan manifiestamente un deseo de castigo, como es una paciente la cual inhala thnier o barniz como un método para castigarse. La necesidad de castigo es una exteriorización pulsional del Yo que ha devenido masoquista bajo el influjo de un Superyó sádico (Freud, 1930).

Ahora si retomamos el ejemplo en el cual los padres son arbitrarios y siempre tienen la razón, el sujeto se encuentra en una situación en la que no existe posibilidad de preguntar, o de cuestionar el por que de los actos o las decisiones tomadas, sino simplemente asumirlos, por ejemplo la paciente que siendo adolescente se embaraza, su madre la lleva a un lugar a que le practiquen un legrado a fin de abortar. Al regresar a casa no se volvió a tocar el tema jamás, y hoy después de 15 años de ese suceso se sigue preguntando el por qué su mamá hizo eso, por qué no la consideró al tomar esa decisión, ya que ella si quería a ese bebé. Otro ejemplo es el de una mujer la cual en su niñez su madre le prohibía frecuentar a ciertas amistades, ya que provenían de una familia pobre, cuando ella cumplió años, su madre la obligó a que no invitara a esta amiga pobre a pesar de que era su mejor amiga, ella así lo hizo sin cuestionar a la madre. Ante esta imposibilidad de juzgar ni cuestionar a los padres la culpa o el reproche que estarían dirigidos hacia los mismos la asume el sujeto, sintiéndose éste responsable de los actos realizados, aún cuando estos hayan sido impuestos por una figura de autoridad sin darle oportunidad de elección, sin embargo este proceso no es intelectual sino afectivo (Horney, 1990).

Existen dos orígenes del sentimiento de culpa, la cual existe antes incluso de la formación del Superyó. La culpa es la angustia frente a la autoridad externa, esta angustia está presente en todo vínculo. El primer punto de origen de la culpa implica la angustia ante la pérdida del objeto amado, es por eso que nosotros pretendemos comportarnos bien ante nuestros padres, ya que si nos portamos de una manera

adecuada, ellos nos van a querer, de la misma manera ocurre que por ejemplo en una relación de noviazgo, las personas pueden realizar cosas que incluso les disgusten por que de otra forma implicaría perder a ese objeto de amor. El segundo origen del sentimiento de culpa es la angustia frente al Superyó. La primera compete a renunciar a satisfacciones pulsionales, la segunda esfuerza además a la punición, ya que ante el Superyó no se pueden ocultar los deseos prohibidos, retomamos aquí el ejemplo de la religión en donde no solo se condenan los actos sino los pensamientos, lo que refleja la omnipotencia del Superyó (Freud, 1930).

En la depresión el Yo se encuentra paralizado por que se siet e incapaz de enfrentarse con el peligro. La depresión proviene de ataques reales o fantaseados realizados por el Yo contra los demás, aquí se habla de esta hostilidad reprimida del sujeto, que ante la imposibilidad de poder proyectarla se le regresa al sujeto en forma de sentimiento de culpa. La depresión también es señal de que una determinada aspiración u objetivo es peligroso, no solo por que es prohibido sino por que no es alcanzable (Grinberg, 1971), esto se relaciona con el hecho de que las mujeres deprimidas estén frustradas, y su motivo de logro, que se abordará más adelante se encuentre totalmente desplazado.

CAPÍTULO 2. TEORÍA PSICOSOCIAL DE LOS MOTIVOS

2.1 Estructuración de los motivos

Todo asunto psicológico, se refiere a la toma de decisiones, las cuales tienen dos componentes, uno racional, ideológico y el otro afectivo-emocional, ambos poseen una carga o valencia, las cuales influirán en la toma de una decisión.

Kurt Lewin (1969), menciona que las energías psíquicas mantienen un dinamismo en la estructura de la personalidad, en consecuencia, estas energías van a tener una conformación diferente en cada individuo. Para cierta persona va a ser más importante una u otra cosa, esto va a ocasionar que el sujeto se mueva hacia cierta dirección, y que su comportamiento, a su vez se dirija hacia ciertos objetivos e intereses. Las energías psíquicas derivan de la fuerza de voluntad, la cual es una parte determinante del carácter. Mientras que la voluntad se refiere a las necesidades que tenemos, el carácter se refiere a la forma en como conseguimos lo que necesitamos.

Así pues el comportamiento de las personas procede de una energía (Lewin, 1969), aunque el sujeto no siempre sepa cual es ésta. Muchos pacientes revelan su ignorancia sobre el motivo por el cual realizaron cierto comportamiento, hay situaciones en las que dos fuerzas se encuentran en conflicto en una persona y el sentido común podría revelar fácilmente cual debería seguir el sujeto y sin embargo esto no siempre pasa, por ejemplo en el caso de las personas con obesidad mórbida, de acuerdo a su salud, lo que deberían de hacer es bajar de peso, la mayoría tiene problemas de hipertensión arterial, diabetes, síndrome metabólico, etc. Su meta sería seguir una dieta, y en algunos casos esta indicación es tan extrema que implica que si el paciente no baja de peso, se muere. Sin embargo la tentación de la comida se interpone en esta meta, y llega a ser más fuerte. Este es el caso de un paciente que se encuentra en el protocolo de cirugía bariátrica para realizarle un baypass, aunque su peso se encuentra por arriba de los 100 kilogramos y los problemas médicos son abundantes, el paciente insiste en que no ingiere alimentos, y que sigue la dieta cautelosamente, sin embargo, por

testimonio de las enfermeras, se supo que durante el internamiento que tuvo un lapso de una semana, todas las noches se levantaba a robarle la comida a los demás pacientes que se encontraban en el piso.

La fuerza se define a través de tres propiedades: dirección, intensidad y punto de aplicación (Lewin, 1969) Las fuerzas de cada individuo están cargadas de ciertas valencias las cuales pueden ser negativas o positivas. Estas valencias muchas veces escapan a la conciencia del sujeto, por ejemplo, al momento de entrevistar a las mujeres y preguntarles sobre sus metas, contestaban ciertas cosas, sin embargo al cuestionárseles sobre las acciones que estaban realizando para poder cumplirlas, su comportamiento no concordaba con las metas que querían obtener. La capacidad del humano de hablarse a sí mismo provee un autocontrol y una auto-dirección (Atkinson, 1978).

Basándonos en el supuesto de que las personas desarrollan ciertas disposiciones que le llevan a generar ciertas pautas de comportamiento Kurt Lewin (1969) menciona que ciertos estímulos poseen una cierta adherencia con respecto de ciertas reacciones, esto no significa que ante un cierto estímulo las personas van a reaccionar de la misma manera, e incluso, una misma persona puede no responder siempre de la misma forma a una misma circunstancia, por ejemplo un profesor de universidad que cuando está arriba de la pequeña plataforma que existen en los salones de clase es bastante audaz, gracioso, ofrece bastantes ejemplos y demuestra su destreza en cuanto al manejo de información, fuera del horario de clase y debajo de la plataforma se trata de un profesor tímido que se reserva su opinión. En el desarrollo el sujeto irá desarrollando ciertas tácticas para enfrentarse a las fuerzas que operan en su medio, sin embargo, no solo se desarrollan estrategias, si no que se van convirtiendo en parte de su personalidad.

En Psicología se hacen ciertas deducciones sobre el comportamiento de una persona. Las fuerzas que guían el comportamiento deben de ser consideradas como parte de un proceso, no como estímulos aislados. Nada tiene que ver con la intensidad o la cantidad de un estímulo, por ejemplo, para una persona puede ser más importante el

libro preciado que le regaló su abuelo al morir, a ese mismo libro en una edición mucho mejor, esto quiere decir que lo que importa es el valor psicológico que se da a dicho estímulo, lo que significa para una persona. También es importante el contexto y la situación específica en la que se encuentre el sujeto, con condición hago referencia tanto a las condiciones externas, como a la situación emocional, ya que hay fuerzas instigantes que hacen que se incremente la fuerza en la tendencia en cuanto a una acción determinada (Atkinson, 1978), por ejemplo, una mujer joven la cual ya cuenta con dislipidemia, hipertensión arterial debida al sobrepeso, empieza la dieta, y decide continuarla, sin embargo, cuando se enoja con su mamá, y ésta la regaña, es capaz de comerse tres platos seguidos de espagueti. La dieta también es violada cuando sus amigos la invitan a tomar unas cervezas. Otro ejemplo es el de aquellas mujeres que no se pueden embarazar, un factor médico importante que impide el embarazo es el sobrepeso. La mayoría de ellas se encuentran contra reloj, puesto que su edad aumentará los riesgos en el embarazo, aún con todas estas circunstancias, la mayoría de ellas presenta graves problemas para bajar de peso, un caso específico de este grupo de mujeres es una mujer, que es muy estricta con su dieta, y cuando, en diversas épocas de su vida, se ha propuesto bajar de peso lo hace notoriamente, sin embargo, ella cae en una profunda depresión.

Cuando las fuerzas se contraponen se da una tensión psíquica, desencadenada por un hecho presente, aunque no quiere decir que esta misma tensión no se haya experimentado en el pasado. Dos acontecimientos psicológicos pueden influir entre si, sin embargo, no se trata de una cuestión de contingencia, ya que dos circunstancias similares pueden tener relevancia aún cuando una haya ocurrido en la niñez y otra en la vida adulta. Este sistema de tensión producida genera en el sujeto rechazo o atracción, es decir, poseen una valencia (Lewin, 1969) al realizar esta valoración de las valencias, se hace de manera subjetiva, lo que importa es la relación de los hechos psíquicos entre si. Además, no significa que un objeto tenga solo una valencia positiva o negativa, puede ser que tenga las dos, es así como podemos sentir amor y odio hacia un mismo objeto, un ejemplo son las situaciones infantiles, en la época de la primaria cuando un niño molesta a otra niña todo el tiempo en la escuela, le pone apodos raros, la empuja,

la reacción de las demás personas, incluso de los adultos es explicar que lo que sucede es que a ese niño le gusta esa niña, dentro de este ejemplo también se encuentra el dicho “del odio al amor hay solo un paso”.

De esta forma, al presentársele una necesidad al sujeto se produce un estado de tensión, el cual conseguirá que las acciones motoras se desencadenen. Las valencias que tienen los objetos operan como campos de fuerzas en el sentido de que orientan los procesos psíquicos y especialmente la motórica, con esto se manifiestan intencionalidades, es decir se evidencia la estructura motivacional que se encuentra en cada persona. Las experiencias que en el pasado haya tenido el individuo le servirán para dirigir su comportamiento actual. Las experiencias físicas individuales, las acciones, emociones, propósitos, deseos y esperanzas se hallan incrustadas en ciertas estructuras psíquicas definidas, esferas de personalidad y procesos reales. Así mismo, ciertas energías afectivas pueden pasar de un sistema y se manifiesten en otro, como cuando los acontecimientos en el área familiar pasan al plano laboral (Lewin, 1969) ya que el desplazamiento y la substitución son conceptos importantes cuando se realiza el análisis de la motivación. Algunas actividades están relacionadas entre sí, de tal forma que una actividad puede ser substitución de otra por lo que al consumir una actividad indirectamente también se satisface la otra fuerza (Atkinson, 1978).

Sin embargo, es importante considerar que estamos inmersos en un ambiente sociocultural que influye sobre el comportamiento. Lo influye, no lo determina, por que si así fuera, ante cierto ambiente se presentarían ciertos comportamientos siempre, por ejemplo cuando en Estados Unidos ocurrió la matanza de Columbine, ciertas autoridades plantearon que lo que inspiró a los adolescentes a realizar esos actos fueron las letras del cantante Marilyn Manson, si dependiera totalmente del estímulo externo, cualquiera que oyera a Marilyn Manson se suicidaría o entraría con una escopeta a una escuela y mataría a sus compañeros. Otro ejemplo es la vida de los asesinos en serie que tienen una infancia llena de maltratos, sin embargo hay personas que tienen una infancia con vivencias similares y no son asesinos seriales en su vida adulta. Sería igual de incorrecto situarse en el otro extremo y negar por completo la

influencia del ambiente, sin embargo lo que hace que dos personas reaccionen de manera distinta ante una misma circunstancia vislumbra el hecho de que se poseen características individuales que conllevan ciertas disposiciones para actuar. El medio ambiente debe ser definido no física, sino psicobiológicamente; esto es, de acuerdo a su estructura cuasi-física, cuasi-social y cuasi mental (Lewin, 1969).

Conforme el individuo se va desarrollando y va creciendo, se va volviendo más activo en cuanto a su relación con el ambiente ya que puede intervenir ante él. Kurt Lewin (1969) pone el ejemplo de cuando se rompe una muñeca en frente de un bebé, éste queda indiferente, lo cual no ocurriría en una niña de tres años. Conforme se interviene más con el ambiente, también nos vamos volviendo dependientes a un campo más extenso de objetos del mismo. El ambiente también se va estructurando de modo psicológico, ya que intervienen las pautas sociales, las prohibiciones de los padres, en donde no se puede realizar todo lo que el niño deseara ya que hay cosas que no están permitidas. Es así como se va estableciendo una relación entre necesidades y ambiente, además no solo los aspectos físicos del ambiente funcionan como estímulos, sino también aspectos como la fantasía. El trabajo de Melanie Klein sobre la fantasía, vislumbra como ésta tiene un factor fundamental en el desarrollo del niño, ya que puede proveer incluso la misma satisfacción que el objeto real. En la vida adulta la fantasía se manifiesta en el dormir despierto o en muchas situaciones fantásticas, como el “que tal si sí”. En el caso específico de las mujeres deprimidas, algunas presentan problemas de pareja, dándose situaciones de maridos que por el momento no viven en su casa, o les son infieles. La mayoría tienen la fantasía de que su esposo volverá y que establecerán de nuevo un matrimonio feliz en donde todo sea posible, ya que “el amor todo lo puede”, y con eso solucionarán su depresión. Esta influencia de lo psicológico también se puede observar en el estado físico. Kurt Lewin (1969) pone de ejemplo cuando el dolor en una herida deja de doler cuando el adulto le sopla. En el caso de las mujeres que acuden al Psiquiatra se puede ver como en muchas ocasiones las medicinas funcionan como placebo, ya que aunque la dosis sea baja, hace efecto. En el ambiente se encontrarán obstáculos que harán al individuo reaccionar mediante inhibiciones o barreras, esto hace que aunque ciertas valencias sean bastante intensas

como para generar gran rechazo o atracción, se vean interferidas u obstaculizadas, como con las reprimendas, o los castigos. La fluidez dinámica es evidente y depende de la variabilidad de significado de las cosas y de la propia personalidad (Lewin, 1969).

De esta manera vemos que no solo se trata de las fuerzas que pueden estar en conflicto, sino que éste se ve incrustado en un medio ambiente que genera influencia, pero además de eso, estamos en constante relación con otras personas en el espacio psicológico en el que nos desarrollamos, por ejemplo, cuando un niño comienza a caminar y a dirigirse a los objetos y lugares, constantemente voltea a ver a la madre para obtener un gesto de aprobación o de prohibición, para ver si es seguro o no, ya que la madre le brinda seguridad y poderío en dicho ambiente, por lo que el alejamiento de la madre significa el debilitamiento de su fuerza ante el ambiente. Muchas mujeres adultas siguen manteniendo un patrón de conducta similar, ya que no son las pocas, las que aún viven con sus madres, aunque estén casadas y tengan hijos, sus conductas se limitan debido a la palabra de la madre y se está buscando constantemente su aprobación, es decir, la presencia o ausencia de la madre cambia la estructura total del medio ambiente psicológico. (Lewin, 1969).

Por eso es importante abordar las etapas de desarrollo, ya que en estas va a quedar modificada la base reactiva del sujeto ante ciertas situaciones posteriores, esto es significativo en el desarrollo en cuanto proceso que se extiende considerablemente a lo largo del tiempo, se debe no solo a la adquisición infantil de ciertas experiencias individuales, sino al hecho de que su personalidad cambia según ciertas formas específicas (Lewin, 1969).

2.2 Motivos

Lo primero que hay que tomar a consideración es distinguir entre motivación y motivo, la primera se refiere a las inferencias relativas a propósitos conscientes que hacemos a partir de la observación de conductas. Primero hay una motivación de orden psicosexual y después aparece un motivo. Si bien por una parte hay ciertos instintos, ciertas pulsiones que aparecen de manera innata esto no es solo lo que los determina, si bien tenemos necesidades de comer, necesidades sexuales, de afiliación, estos no se realizan simplemente de manera innata, sino que se entrelazan con el aprendizaje, las formas de comportamientos, las experiencias tempranas, etc. La motivación tiene que ver en la forma en que la conducta se inicia, es activada, mantenida, dirigida e interrumpida, tiene que ver con el porqué de la conducta y no en el cómo y el qué (McClelland, 1989). Las motivaciones se refieren a objetos de significación social, por ejemplo las personas no quieren tener dinero solo por acumularlo, si no por que a través de él se pueden acceder a otras cosas como son el tener bienes materiales, una casa, un coche, una mujer, etc. La motivación es la rama observable de comportamiento que constituye la vida diaria de un individuo. La tendencia a realizar ciertas actividades puede ser desencadenada, o bien fortalecida como una consecuencia a la instigación por parte del ambiente a esas actividades (Atkinson, 1978). Aunque tenemos la tendencia a realizar muchas actividades, la que realizamos en un momento dado es la que presenta mayor fuerza en ese momento determinado.

El motivo, por otro lado sensibiliza a la persona respecto de ciertos estímulos y provoca el aprendizaje en donde estarán implicados las pautas del comportamiento que los sujetos fueron desarrollando en etapas tempranas. Los motivos son símbolos, representaciones ligadas a necesidades emocionales, son contraídos, de acuerdo a las experiencias, a la cultura, la sociedad, etc. Los motivos son el grado en el que una persona obtiene satisfacción por el hecho de pensar en hacer las cosas mejor, es decir, cuando el sujeto obtiene satisfacción haciendo algo por sí mismo o mostrando que es capaz de hacerlo (McClelland, 1989). Si bien los motivos pueden ser inconscientes, no es poco común que los pacientes digan que no saben por que realizaron algún acto, o por que continúan una relación con sus maridos infieles o alcohólicos, esto se remite a

un motivo en el cual el sujeto puede no tener idea de cuales son, por que además de todo no se puede expresar de manera conciente por que tienen la censura. Es solo a través de las fantasías en donde se pueden entrever estos motivos, mediante pruebas proyectivas como el TAT se puede inferir la estructura motivacional del sujeto. La fantasía o la asociación libre, sobre la que el sujeto ejerce muy poco control revela de un modo muy evidente y con facilidad fuerzas motivacionales de las que quizá el sujeto ignora (McClelland, 1989): En la presente investigación se evalúa primero los motivos que puede expresar el sujeto de manera conciente a través de la entrevista, así se le preguntó al sujeto sobre sus metas, sobre lo que le gustaría estar haciendo en este momento de su vida, sobre su más importante adquisición, sin embargo, los motivos que no pueden revelarse de manera tan manifiestamente surgen en pruebas como es el TAT y la autobiografía, el primero aborda más a menudo tipos socialmente inaceptados y violentos de motivación, la autobiografía por otro lado, destaca con mayor frecuencia lo socialmente aceptable. (Cobs, 1947, citado en McClelland, 1989).

Los motivos se expresan así mismos de maneras alternativas y por ejemplo, en el caso de la aparición de los síntomas como vía para solucionar un conflicto, a veces cuando un síntoma desaparece aparece otro en su lugar y ello es así por que el problema motivacional sigue siendo el mismo y si un escape queda bloqueado busca otra salida en función de la etapa de madurez en la que se encuentre el sujeto (McClelland, 1989).

Los determinantes personales de un resultado de conducta pueden ser descompuestos en variables motivacionales, variables de destreza o de rasgo y variables cognitivas en las que se incluyen creencias, expectativas o comprensiones, es por eso importante el que en un estudio psicológico de caso como se da en la presente investigación, se emplean pruebas de inteligencia, de personalidad y aquellas que permitan dilucidar la estructura motivacional para poder realizar una evaluación integral. El aprendizaje implica el control de funciones autónomas, esto ocurre antes de que el niño sea capaz de una elaboración cognitiva de lo que está sucediendo en su medio, así como de las acciones que realiza, es decir que las adiciones cognitivas vienen en un periodo

posterior en donde se reforzarán o modificarán las conductas, elaborándose en este momento asociaciones afectivas (McClelland, 1989).

Solo tres motivos han sido objeto de una amplia investigación: la necesidad de logro, la necesidad de afiliación y la necesidad de poder o dominancia (Murray, 1938, citado en McClelland, 1989). De estos motivos uno es más dominante en un sujeto que otro, además de que también cambia su dinámica de acuerdo a la etapa de desarrollo en la que nos encontremos, aunque hay que aclarar que la conducta abarca no solo los motivos, sino también los valores y las destrezas.

El motivo de logro se refiere a realizar algo difícil, superar obstáculos, superarse a sí mismo, rivalizar con los demás, incrementar la autoestima mediante el ejercicio eficaz del talento, sin embargo, esto se logra a través de la dominación y manipulación de objetos físicos, seres humanos o ideas para así proceder tan rápida e independientemente como sea posible. Las personas que tienen un motivo de logro alto se encuentran más orientadas hacia el trabajo, evalúan sus empleos como interesantes, manifiestan pocos indicadores de mala salud (Veroff, 1982, citado en McClelland, 1989). Hacer algo mejor es el incentivo del motivo de logro, y las personas pueden hacerlo por todo género de razones como son el obtener aprobación, o bien se busca obtener el perfeccionamiento de una determinada acción. En las mujeres deprimidas notamos que su capacidad de trabajo se ve deteriorada tanto por las enfermedades médicas, como por su estado de ánimo, así como la pérdida de interés por actividades que antes realizaba con gusto. Freud (1926) dice que la histeria, muestra una ganancia secundaria en la incapacidad para realizar el trabajo y las tareas diarias, mostrada a través de una inhibición, un placer disminuido, torpeza en la ejecución o reacciones reactivas.

Winterbottom (1958, citado en McClelland, 1989) realizó un estudio en donde se evaluaban a las madres de los chicos que obtenían un motivo de logro alto, las cuales reportaban que a edades tempranas como son a los 5 y 6 años se impulsaba por que los niños fueran enérgicos y que se esforzaran a hacer las cosas por sí mismos, cuidaran sus propias cosas, etc. Con lo anterior podemos observar que a través de la

educación se le va creando autonomía al individuo para que vaya realizando sus propias labores y acciones de cuidado de sí, en vías de una independencia. En las mujeres deprimidas no observamos estas pautas de comportamiento en su desarrollo, ya que con una madre represora, esto no es posible. Esto indicaría que en el conflicto se vea implicado el motivo de poder.

El motivo de afiliación se refiere a acercarse, cooperar o alternar complacientemente con otra persona la cual es del agrado del sujeto, o bien se identifica con ella, implica una necesidad de complacer y ganar el afecto de un objeto libidinalmente anhelado.

Los sujetos con un nivel de afiliación importante actúan para evitar un conflicto, puesto que deben de conservarse leales y fieles a las personas. En las mujeres deprimidas se puede suponer que hay un problema en cuanto al motivo de afiliación, ya que temas recurrentes incluyen el rechazo, la soledad, la búsqueda de perdón, además que en estas mujeres no se muestran relaciones interpersonales que se vean fortalecidas, estables o duraderas, un sentido de relaciones sociales que sea legítimo, es decir, cuando las personas están realizadas se pueden desenvolver hacia las demás personas, lo cual sería un indicador de salud. Así mismo, un motivo de afiliación inhibido se halla asociado con una activación del sistema nervioso simpático y con una salud deficiente (McClelland, 1989). Vemos también que éstas mujeres deprimidas presentan poca tolerancia a la frustración, lo cual constituye una resultante del desarrollo de estructura de la personalidad, cuanto más madura e integrada sea ésta menos promoverá psicológicamente frustraciones y podrá enfrentar las mismas como tales, sin que esto conlleve a una desorganización de la personalidad o bien una regresión conflictiva (Bleger, 1973).

El motivo de poder se refiere a controlar el propio entorno humano, es decir, influir o dirigir la conducta de los otros mediante sugestión, seducción, restricción, prohibición, persuasión o mando. En las mujeres deprimidas vemos que hay una lucha constante con la figura materna. Ante la indefensión que presenta el sujeto al no presentar una autonomía es común que se tengan sentimientos de sumisión y fácilmente se llega a suponer que la sumisión le ha sido impuesta, de tal modo como vemos que las mujeres

reclaman a sus parejas el haber desperdiciado muchos años de su vida en pos de una relación, aunque este reclamo remite al conflicto que se tuvo con la madre en la infancia y adolescencia. Sin embargo esta represión genera nueva angustia por lo que aparece un impulso redoblado por aferrarse al objeto (Horney, 1990).

A los niños a los que son castigados por las conductas sexuales y agresivas, puede conducir al estímulo directo de un deseo de represalia, es decir a la inducción de una respuesta impulsiva de carácter agresiva, antes de la aparición de un tipo más socializado de motivación de poder. En las mujeres deprimidas observamos con frecuencia ya sea en la fantasía o en el acto estos desplantes agresivos. Cuando se promueve la asertividad en los niños, el motivo de poder alcanza unas dimensiones altas, lo cual en las mujeres deprimidas no se realizó este desempeño libre de la comunicación y las decisiones (McClelland, 1989).

2.3 Conflicto psicológico

Para empezar este apartado quisiera mencionar que el concepto de conflicto no implica, como diría Karen Horney (1959), que algo esté mal en el individuo, que esté enfermo, etc., eso sería tan falso como decir que todos los que van al psicólogo están locos. En parte considero que el que se tenga este concepto radica en un aspecto cultural, ya que lo conveniente sería, así como en el caso del médico, tener un psicólogo de cabecera.

Dichos conceptos están mal utilizados, ya que no significa que las personas “sanas” no tengan conflictos, y coloco “sano” entre comillas, por que “la cura” no existe en el campo psicodinámico. El conflicto le permite al individuo lograr un crecimiento y es inevitable que los conflictos surjan ya que los deseos, las necesidades, los intereses, etc, se contraponen unos con otros, si no fuera así, el sujeto no tendría posibilidad de elección. Las elecciones que tomamos constituyen también un aspecto importante de nuestra personalidad, ya que permite crear nuestros gustos y nuestros intereses, aún cuando estas elecciones lleven a direcciones opuestas, como el caso de elegir una carrera, elegir entre dos posibles parejas, etc. Así, el conflicto implica tanto un elemento propulsor en el desarrollo del individuo como puede constituir una cuestión patológica (Bleger, 1973).

Cuando en el manejo de valencias existe una oposición surge un conflicto, el cual se define psicológicamente como la oposición de campos de fuerza que poseen aproximadamente la misma intensidad. Se crea un conflicto entre las fuerzas, que están en oposición, ya que no se da una relación unívoca, definida entre la magnitud de las fuerzas y el nivel energético del proceso (Lewin, 1969). Cuando dos motivaciones que son contradictorias e incompatibles entre sí coexisten en un sujeto se configura un conflicto (Bleger, 1973).

Otto Fenichel (1986) menciona que el conflicto se da por el resultado de un estancamiento e introduce el concepto de culpa, ya que un conflicto solo encubre o representa otro conflicto entre un instinto indeseable y algún temor o sentimiento de culpa que se encarga de objetarlo. La gran angustia que se tiene y el grande temor, es

ante la pérdida de amor, incluso esa es una de las amenazas a la que más recurren las mamás, cuando el niño se porta mal se dice: “eres un feo, ya no te voy a querer”. Este es el caso de una niña en la cual su mal comportamiento siempre iba acompañado de un “ya no te quiero”, después de decir eso la niña lloraba y lloraba repitiendo que su mamá había dicho que no la quería, este temor por la pérdida de amor se transforma en sentimientos de culpa, ante el cual se establece un castigo, ya que este castigo trae la idea de un perdón. Primero son los padres los que establecen el castigo, y después son las personas por si mismas, aunque este castigo no sea conciente. Este es el caso de una mujer, que acude con el Psiquiatra por estar deprimida, padece muchos malestares físicos por lo que le han realizado varias intervenciones quirúrgicas, sin embargo ella insiste ahora en realizarse cirugías estéticas, mencionando: “creo que en parte hago esto para que me duela, no tanto por la parte estética”

El temor principal por el cual el sujeto llega a temer tanto a sus propias aspiraciones y demandas que ni siquiera se atreve a reconocerlas e incluso puede llegar a abandonarlas por completo reside en su temor de perder el cariño de los demás (Horney, 1990), si ligamos esto a las frustraciones que le hicieron a las mujeres deprimidas todo el tiempo, entonces sus deseos de autonomía y de realizar esto por un lado se ven influidos por el temor a esta madre, ya que están bajo su poder, son dependientes a ella, le temen, pero también por que si lo realizan lo que desean se sienten culpables por estar llevando a cabo lo contrario a lo que quieren sus madres lo cual desencadenaría en una desaprobación y pérdida de amor.

Lo que se puede ver en el conflicto es su absoluta incompatibilidad, las tendencias contradictorias que operan en él no se reconocen, sino que están profundamente reprimidas, aunque si se pueden mostrar indicios de estas tendencias contradictorias las cuales no se pueden cambiar voluntariamente sino que se requiere de una labor analítica (Horney, 1959).

Karen Horney (1959) menciona que un neurótico lo que intenta es disolver el conflicto, ya que como el inconsciente niega su existencia, no trata de resolverlos sino de

disolverlos. Ante la depresión, las mujeres buscan medicamentos, algo para ya no sentirse tristes, buscan realizar otras actividades, algunas se refugian en la comida, en las flores de Bach, o en casos más extremos intentan quitarse la vida. Algunas mujeres, al relatar sus tentativas de suicidio, principalmente mediante la ingesta de benzodiazepinas, relatan que no querían matarse, sino querían que hubiera algo que las relajara, que las hiciera dormir mucho tiempo sin que nada ni nadie las molestara. Es difícil que las personas puedan identificar sus conflictos y más aún que lo asocien con ciertas repercusiones emocionales, al ser así, no los resuelven. Es por esta razón que muchas veces los antidepresivos funcionan limitadamente, presentándose constantes recaídas. Los conflictos no pueden desaparecer, solo pueden alcanzar un equilibrio que dan oportunidad de que el individuo, pareja, sociedad, crezca, se desarrolle.

El primer problema radica en que el sujeto no reconoce cuales son sus deseos, ni sus sentimientos, además de que el sujeto debe de estar dispuesto a renunciar a cualquiera de los resultados contradictorios (Horney, 1959), pero la capacidad de renunciar clara y consistentemente es muy rara por que nuestros sentimientos y creencias son confusos. Es por esta razón que aunque el Psiquiatra en el hospital, le podía hacer una interpretación sobre el conflicto de cierto sujeto, brindando interpretaciones sinceras y concisas como: "lo que usted tiene es rencor a su madre, quería ser la niña de dar a besar" Las mujeres afirman llorosas, asintiendo con la cabeza, muchas de ellas pidiendo desesperadamente una solución para que ese sufrimiento se acabe, el psiquiatra les da las sugerencias que más que eso parecen indicaciones de lo que debería de hacer, de la manera más sencilla y objetiva posible, sin embargo a la siguiente consulta las mujeres regresan sintiéndose igual de tristes y con la misma situación, en el mismo estado, y es que la parte más difícil quizá es aceptar esos motivos, esos deseos que quisieran realizar y reconocerlos como propios, por que conocerse a uno mismo es de lo más difícil que hay.

El hacerse responsable de los deseos propios implica también sostenerse en ellos ante la mirada de las demás personas, además de aceptar las consecuencias que la

decisión de nuestras acciones traen consigo. Cuando los conflictos invaden al sujeto, pareciera que todos los demás tienen una vida mucho más sencilla, fácil, y que “el sol brilla para ellas”, por algo el dicho popular de “en el jardín del vecino, el césped es más verde”. En las mujeres deprimidas existe un pobre autoconcepto, ya que en comparación con las demás personas ellas se sienten como que viven más desgraciadas, más infelices, son torpes, poco capaces, con poco éxito, etc.

Los conflictos psicológicos son el reflejo o la asimilación por parte del sujeto de conflictos que se dan en la estructura cultural, así mismo están implicados en todos los ámbitos de la conducta, ya sea psicosocial, sociodinámico o institucional, los cuales se encuentran interrelacionados (Bleger, 1973).

Existen tres tipos básicos de conflicto (Bleger, 1973), de acuerdo a como es que se manejan las fuerzas implicadas, el primero es cuando el sujeto se encuentra ante dos valencias positivas, en este tipo de conflicto, la decisión puede ser relativamente fácil, ya que se escoge aquella que pareciera más atractiva, sin embargo encontramos personas en los que esta situación se hace bastante complicada, tal es el caso de una persona obsesiva que le cuesta trabajo decidir, por que al tomar una decisión conllevaría inevitablemente a que la otra opción se perdiera, esto resulta intolerable para la persona, por lo cual prefiere no tomarla.

El segundo tipo de conflicto es cuando ante un mismo objeto cuenta con una valencia tanto positiva como negativa, es decir se posee una actitud ambivalente ante un objeto, como un ejemplo burdo se puede mencionar la situación cuando un niño se toma un aceite de ricino por que sabe que le hará bien a su salud, aunque este le sepa bastante desagradable. Otro ejemplo es en las cuestiones de pareja, cuando un hombre sirve de acompañante a su pareja al ir de compras, aunque esto le resulte bastante aburrido. Sin embargo, este conflicto ambivalente también puede presentar la característica de la situación en la que la valencia negativa adquiere mayor atracción que la valencia positiva, en estas situaciones es cuando el sujeto abandona la situación que estaba tratando de conseguir, sin embargo esta retirada puede ser temporal, por que la

persona puede regresar a intentarlo de nuevo. Este es el caso de un hombre que insiste en obtener el amor de una mujer, sin embargo, ésta no la acepta como pareja puesto que se disputa entre el amor de dos hombres, entonces el hombre enamorado decide dejar ir a la mujer, aceptando su derrota, por que decide que la ama demasiado para dejarla ser feliz, sin embargo, después de un tiempo regresa a luchar por su amor.

En esta tesis me enfocaré en el tercer tipo de conflicto, el cual consiste de dos valencias del mismo tipo, es decir, se trata de un conflicto divalente. Es cuando en vez de las oscilaciones de conducta el sujeto despliega un comportamiento relativamente sereno, aunque el conflicto permanezca sin resolver (Lewin, 1969). Precisamente es un objetivo muy importante de la educación de la voluntad, la capacidad para sufrir ciertas situaciones conflictivas no resueltas. La propuesta de esta tesis, es investigar el posible conflicto divalente que presentan las mujeres deprimidas ante la figura materna. Esto es que ante la relación con la madre se presenta un sentimiento de odio, el cual en la mujer adulta irremediamente la remite a la etapa edípica en donde ella quería desplazar a la madre, desaparecerla, matarla para quedarse con el padre, sin embargo entra la estructura moral, la cual indica que este sentimiento no debe de tenerse ante la madre, entonces este sentimiento de odio, de aversión, de valencia negativa se le quita a la figura materna, volviéndose la madre solo buena y regresando hacia el propio sujeto la parte negativa: "la mala soy yo", o bien proyectarlo hacia otro objeto, no sin generar un sentimiento de culpa y en algunos casos el establecimiento de síntomas histéricos.

2.4 Teoría del conflicto divalente

Con frecuencia en la consulta psiquiátrica llegan las mujeres quejándose de la misma problemática de consultas atrás, cada consulta salen del consultorio con la promesa de que esa vez harán algo para resolver esa situación, y de fantasías de cómo las cosas se van a solucionar. En la siguiente consulta regresan relatando el mismo problema, es quizá por eso que Psiquiatría es un servicio donde las pacientes pueden ser vistas en consulta por años, y sea como “picar piedra”. De esta manera las situaciones se vuelven desesperadas, es decir se vuelve una situación desagradable, pero al mismo momento es imposible escapar de ella. Es por ejemplo el caso de una señora que padece una enfermedad neurológica, aunque su marido le acompaña a las consultas, y le proporciona casa y sustento, él le ha confesado que la engaña con varias mujeres, y que estará un tiempo con sus amantes y un tiempo con ella, y sus hijos. La mujer no se puede separar del marido, en parte por que le brinda todo el sustento, pero al separarse de él perdería inevitablemente los servicios médicos que se le proporcionan. Esta mujer ante esta situación ha respondido con síntomas depresivos y recurrentes tentativas de suicidio. Los conflictos son siempre conductas contradictorias, incompatibles entre sí, y pueden ser vividos tanto en forma conciente como inconsciente, cuando ocurre esto el sujeto percibe la ansiedad aunque no logre determinar cuáles son las fuerzas que se encuentran en conflicto, ni que es lo que lo está produciendo (Bleger, 1973).

Un conflicto divalente empieza con un conflicto de ambivalencia, ya que por un lado se ama a este objeto, que es la figura materna, pero también se odia. Este conflicto no se tramita, sino que se lo esquivo, por que no es bueno que se puedan tener dos sentimientos por una misma persona, y entonces se desliza una de las emociones hacia otra persona como objeto sustitutivo (Freud, 1926), el cual a veces se puede desplazar hacia otra persona, por ejemplo hacia una hermana, hacia la enfermedad, hacia el padre, o bien hacia ella misma. Nosotros estamos acostumbrados culturalmente a que siempre se debe querer a los padres y no se deben de tener sentimientos negativos u hostiles hacia los mismos (Horney, 1990). Por ejemplo en la película de “XXY” un niño adolescente le pregunta a su padre: “papá, ¿te caigo bien?”, el padre, después de meditarlo un momento le contesta: “mas o menos”. Esta pregunta

puede ser muy extraña, fuera de lugar y no ocurre con frecuencia en la vida real que los hijos pregunten eso a sus padres o bien de antemano tenemos la idea de que nuestra familia nos ama sobre todas las cosas. El conflicto divalente no es una solución del conflicto ambivalente, sino solo una resolución de la tensión que acompañaba a este conflicto (Bleger, 1973).

Todas las conductas que tienden a mantener la divalencia se estructuran bajo una división esquizoide mantenida mediante conductas defensivas, puesto que se requiere mantener a distancia los elementos que coexisten en conflicto. La divalencia no solo implica la división del objeto, sino también una división del yo del sujeto y una disociación de la estructura del vínculo (Bleger, 1973).

El conflicto divalente surge en el periodo edípico, aunque ya se haya estado formando tiempo antes. La madre le lanza mensajes a la niña: no puedes tener a tu padre, yo tampoco tuve al mío, pero si puedes incorporar mis rasgos, y vas a tener uno así, pero si el mensaje es: tu padre es único, nunca vas a encontrar a un padre para quererte, se manifiesta en mujeres que nunca se casan, existe una dependencia mental que la madre le instruyó a la niña en el proceso edípico. El pene es un objeto deseado, pero si se le hace ver que ese objeto es indeseable, se le veta, por los propios conflictos con la madre, se produce un conflicto, la persona puede quedarse con la parte buena del sexo, y proyectar la parte mala, conduce a la depresión como síntoma, por la frustración. En un primer momento, el sujeto proyecta esta hostilidad que presenta hacia la madre, a fin de eliminar este afecto peligroso que puede dañar los intereses propios, y su seguridad, y la represión le hace ver que estos impulsos proyectados no provienen de él sino que vienen de un exterior lo cual le permitirían autojustificarse, (Horney, 1990). En el plano emotivo, surge el deseo de querer matar a la madre, sin embargo pasa por el sentimiento, el cual es una idea, siendo la conciencia del ideal del yo modulador, el cual prohíbe esto y entonces surge el conflicto divalente. Cuando el mundo externo nos rehúsa la saciedad de las necesidades causa grave sufrimiento (Freud, 1930), el sujeto intenta desprenderse de este sufrimiento creando defensas, por lo que se busca fuentes internas de las necesidades. Así, ante la figura de una madre

represora, punitiva, las se crean defensas, por un lado a través de síntomas en el cuerpo por el otro lado la depresión, presentándose como soluciones de compromiso ante las tendencias en conflicto (Horney, 1990).

La madre tiene aspectos tanto buenos como malos, ante esto debe surgir un sentimiento ambivalente y no polar. Cuando ocurre el rechazo a la madre, la remite en el momento en el cual ella quería desplazarla para obtener al padre, presentándose así un deseo de muerte, de manera simbólica y el cual es inconsciente. Y no es que no se presenten estos deseos de desplazar a la madre en todas las niñas, o el sentimiento de desplazar o matar al padre en los niños, pero es que también hay un sentimiento de amor por parte de los sujetos hacia sus progenitores, así la niña tiene sentimientos hostiles hacia la madre, pero también la ama. Esta ambivalencia que surge de manera normal, en estas mujeres deprimidas se establece un conflicto divalente, en el que se despoja de todo sentimiento negativo a la madre para conservarla solo buena, y esta parte mala se regresa a ella misma o se proyecta a otro objeto, esto se ve complicado en algunas circunstancias, por ejemplo cuando la madre muere, o enferma, etc.

En las mujeres deprimidas y en el conflicto divalente con la madre, vemos como se trata de una madre represora que no las dejaba establecer relaciones interpersonales, como las amistades o los noviazgos, las mujeres tratan de rebelarse en la etapa de la adolescencia, sin embargo esto no funciona con éxito, por que al final se renuncia a estas pulsiones, ya que no se tienen amigos, y muchas de ellas se casaron o tuvieron hijos tempranamente, con lo cual la búsqueda de pareja, y el desenvolvimiento social se acorta. Sin embargo ante esta renuncia de lo pulsional, tanto en las relaciones con los otros, pero también la renuncia del propio individuo frente a los sentimientos hostiles proyectados hacia la madre, viene un sentimiento de culpa, y entonces esta renuncia ya no tiene una satisfacción plena y esta abstención ya no se ve recompensada por la seguridad del amor. Una desdicha que amenazaba desde afuera, es decir la pérdida de amor y castigo de parte de la autoridad externa, se ha trocado en una desdicha interior permanente, la tensión de la conciencia de culpa (Freud, 1930).

Si las fuerzas que se encuentran en conflicto pierden la posibilidad de ser discriminados entonces aparece confusión en el individuo, si el sujeto si puede discriminarlas pero aun así coexisten disociados, aparece la duda o la vacilación, aquí el sujeto ya puede saber algo de sí, o al menos sabe que algo está pasando, aunque no logre discriminar lo que es y por último, si las fuerzas en conflicto no se encuentran totalmente discociadas y la aparición de una fuerza hace que la otra aparezca entonces aparecen las inhibiciones. Los conflictos que se presentan en el campo de la psicología clínica, son en muy escasa proporción, de carácter ambivalente y en cambio son, con mucha mayor frecuencia de carácter divalente (Bleger, 1973).

CAPÍTULO 3. APROXIMACIONES TEÓRICAS AL CONCEPTO DE DEPRESIÓN

3.1 Reseña histórica del concepto de depresión

La filosofía ha hecho un intento por describir lo que pasaba en el cuerpo humano y no solo en relación a las cuestiones médicas, sino también como un medio de explicar las diversas características de personalidad presentes en los individuos. Hipócrates estableció así la teoría de los humores la cual consistía en el argumento que dentro del cuerpo humano existían cuatro sustancias básicas cuyo equilibrio y predominio de una u otra, indica el estado de salud de las personas. Después se trataron de hacer otras aproximaciones, por ejemplo la de Galeno, el cual guiándose con las ideas aristotélicas distinguió diversos estados del alma que pudieran encontrarse en un órgano del cuerpo, o Kretschmer que trató de correlacionar las estructuras morfológicas de un individuo con ciertos padecimientos psiquiátricos.

Las enfermedades mentales han sido de difícil definición, puesto que implican estados que aún hasta la fecha con el avance tecnológico no pueden determinarse con precisión en un órgano o en un gen, por lo que se tienen que basar en observaciones clínicas, las cuales permiten definir las características de una enfermedad. Sin embargo estas definiciones han cambiado de acuerdo al contexto político, social, religioso. En la cultura griega, la excitación afectiva que culminaba en irracionalidad era considerada como mecanismo común de la insania, esta idea se mantuvo sin ningún cambio a lo largo de periodo medieval, el Renacimiento y hasta el siglo XIX. (Heiberg, 1927; Dodds, 1951; Drabkin, 1955, citado en Berrios, 2008).

Para llegar al término depresión se tuvieron que hacer una serie de largas modificaciones a través de la historia y el desarrollo tanto de la Filosofía, la Medicina, la Psiquiatría y posteriormente la Psicología. En un inicio el término utilizado para la depresión era el de melancolía, sin embargo, éste se definía como una mezcla de irracionalidad y de reducido rendimiento conductual (Starobinski, 1962; Flashar, 1966, citado en Berrios, 2008), además de que dentro de esta definición se incluían trastornos como la paranoia o la esquizofrenia, y emociones como la tristeza no era un factor

determinante, sino un agregado en la definición de la enfermedad del cual se podía prescindir. La irracionalidad y el trastorno conductual evidente se habían considerado desde la época griega como las dos características centrales de la locura (Dodds, 1951; Roccatagliata, 1973; Simon, 1978; Sarantoglou, 1980, citado en Berrios, 2008), se definían en esos términos la paranoia, el frenesí, la manía y la melancolía y la letargia (Heiberg, 1927; Drabkin, 1955, citado en Berrios, 2008). Sin embargo, existían dificultades en poder determinar los patrones conductuales de acuerdo a una determinada enfermedad mental.

La medicina tiene la necesidad de designar signos y síntomas en la descripción de una enfermedad, pero esto no funcionó al trasladarlo a la Psiquiatría, ya que las lesiones para unir los signos y síntomas no tuvieron tanto éxito en esta especialidad (López, 1983, citado en Berrios, 2008), por lo que en el siglo XIX, destacó el papel de la emoción como un factor que podía provocar una enfermedad o bien devenir en una, es en este momento en el que se empieza a considerar que el manipular las emociones podría tener un valor terapéutico, lo que se le llamó tratamiento moral (Esquirol, 1805, citado en Berrios, 2008), esto solo después de que se incorpora la información subjetiva al lenguaje descriptivo de las enfermedades mentales (Riese, 1960; Pigeaud, 1980, citado en Berrios, 2008).

Con la instauración de manicomios, las enfermedades mentales fueron tratadas de otra manera, al tener encerrados a los “locos” se tuvieron que hacer uso de buenos registros clínicos, es aquí en donde se tiene un sujeto observable. El concepto de síntoma empieza a ser abordado en las enfermedades mentales y se hace necesario introducir el tiempo como dimensión de la enfermedad mental (López, 1983, citado en Berrios, 2008), puesto que de otra manera se haría complicado su organización y establecimiento de parámetros, es así como en el siglo XIX por primera vez el tiempo se convierte en dimensión del trastorno mental, sometiendo a los trastornos mentales en un proceso longitudinal (Berrios, 2008).

Las actuales nociones de depresión y manía, que en algún momento estuvieron conjugadas en un solo término, datan de la segunda mitad del siglo XIX, Kraepelin conjuntó en un mismo concepto, en el de maniaco-depresivo la mayoría de las formas del trastorno afectivo (Kraepelin, 1921, citado en Berrios, 2008). Los cambios ideológicos que hicieron posible su definición incluían en primer lugar el desarrollo de la Psicología y su estudio en las facultades, además de la inclusión de la experiencia subjetiva dentro de la sintomatología de los trastornos mentales (Berrios, 2008), aunque en la segunda mitad del siglo XIX las oportunidades de desarrollar una psicopatología descriptiva de la afectividad fueron afectadas negativamente por el evolucionismo darwiniano, por el desarrollo de la visión periférica de las emociones y por avances en los estudios de localización cerebral (Young, 1970; Hécaen y Lantéri-Laura, 1977, citado en Berrios, 2008).

El término depresión como tal así aparece en el siglo XIX cuando el término de melancolía como se venía utilizando ya no podría ser un subtipo de manía, un trastorno primario del intelecto ni irreversible, lo que surgió de los cambios ideológicos fue una insania parcial definida como trastorno primario de las emociones cuyos rasgos clínicos reflejaban pérdida, inhibición, disminución y deterioro. El término melancolía fue cambiado por el de depresión después de la década de 1820, atribuyéndosele primero como “depresión mental” aunque después se le quitó este adjetivo. El término depresión ya era ocupado en la medicina para referirse a problemas cardiovasculares en cuanto a la disminución en las funciones.

La depresión que hoy es considerada en el DSM IV no es lo que en siglos anteriores se habría llamado melancolía. En el siglo XVIII se clasifica a lo que hoy es depresión como vapores o hipocondría. Es hasta el DSM II en donde la adhenodia es considerada como un síntoma de dos condiciones clínicas importantes, la depresión y la esquizofrenia, cuando antes no era considerado necesario para poder detectar estos trastornos (Berrios, 2008).

Los cambios culturales y sociales no solo fueron cambiado la forma de definir a una enfermedad mental, si no también introdujeron nuevos cuidados, así como el quien estaba enfermo, ya que la demanda por la atención psiquiátrica no solo se llevó a cabo ahora en los manicomnios, sino en la demanda de la consulta externa y las consultas privadas, se empezaron a realizar decisiones clínicas que pudieran explicar los trastornos de los pacientes, sin embargo ahora no solo se incluían las depresiones que se remitían a una institución, sino también esas afecciones menores como los trastornos de ansiedad, sufriendo llamándole a éstas depresiones menores o “neuróticas”. Es así como a partir de 1900 los modelos psicodinámicos empiezan a ser importantes (Berrios, 2008). El aspecto psicodinámico permitió considerar una relación entre los aspectos de la personalidad relacionados con la depresión, de la misma forma se empezó a llevar a cabo el debate entre la diferencia entre neurótico y psicótico.

Con el ambiente político de la segunda guerra mundial, nuevas necesidades surgieron en el tratamiento de las enfermedades mentales, ya que se efectuó un desarrollo en la psicometría de las mismas, con el fin de desarrollar escalas que pudieran hacer más fácil el determinar y diagnosticar una enfermedad.

El concepto de enfermedad mental, y por ende el de depresión, ha mostrado cambios y se han adaptado no solo en cuanto al desarrollo científico y tecnológico, sino también en el aspecto ideológico, la Psicología es una ciencia joven que se ha ido desarrollando a la par en que éstos nuevos conceptos iban surgiendo. Los trastornos mentales han ido cambiando de ser considerados como posesiones demoníacas que merecían castigos brutales en la Edad Media, a establecerse un manual como es el DSM que categorice los trastornos con el fin de hacer un rápido diagnóstico y por ende establecer un tratamiento. La depresión es un problema que se ha incrementado como malestar en la población y que se prevé que aumente en aparición y aunque ahora es mínimo el índice de pacientes que requieren una internación psiquiátrica, los servicios de consulta externa en Psiquiatría presentan una alta demanda, aunque la atención se haga a través de una cita que se ve intermediada por un mes de espera. El ritmo de vida actual exige más de las personas, más rendimiento, que sus funciones no se vean

deterioradas por demasiado tiempo, por lo que un diagnóstico más temprano en donde se enlisten los síntomas que tiene el sujeto permitirán que éste se detenga menos tiempo bajo un tratamiento con el que se pueda reincorporar a sus actividades cotidianas. Los sistemas de salud, no se encuentran capacitados para brindar una atención más personalizada, y sobre todo en los sectores públicos, ya que la demanda es mucha y los recursos son pocos lo cual se verá acrecentada esta situación debido al aumento de la sintomatología depresiva lo que traerá como consecuencia una atención cada vez más a prisa, además de que el suministro de medicamento se verá escaseado, así como el personal, lo que ocurrirá así mismo con otras enfermedades como son las que atañen a la geriatría, por ejemplo.

3.2 Neurológica – Biológica

Si hablamos desde una aproximación biológica, anatómica, neurológica, existen diferencias entre hombres y mujeres, por lo que también se esperaría que existiera una diferencia entre la expresión de los trastornos psiquiátricos, además de que entre hombres y mujeres, si hablamos de una manera más general, no responden de la misma manera a los medicamentos. Estas diferencias se vuelven más específicas entre persona a persona, influye la raza, edad, el peso, además de que el procesamiento de las sustancia a nivel hepático como intestinal cambia de acuerdo a hombres o a mujeres, así como su interacción con otros fármacos o bien con el alcohol.

Empezando de lo más básico existen diferencias anatómicas entre los hombres y mujeres, esto se puede observar a simple vista fenotípicamente, sin embargo en cuanto a las diferencias estructurales se encuentra el volumen cerebral, la morfología neuronal, así como la cantidad y el tipo de sinapsis que influirá en la estimulación de estructuras cerebrales encargadas de la regulación del ánimo, como son la amígdala, el hipocampo, etc. El flujo sanguíneo cerebral se incrementa en algunas regiones cerebrales, así como el metabolismo de la glucosa lo que indica un aumento en la transmisión sináptica aferente desde otras estructuras, provocándose a su vez un cambio en la función de los neurotransmisores, los contactos sinápticos, etc (Drewets, 2003). Algunas investigaciones han observado que cuando se les ponen a los sujetos a realizar tareas que requiere atención y el procesamiento de procesos cognitivos, el flujo sanguíneo en las áreas encargadas de los estados emocionales disminuye durante la ejecución de estas tareas (Drewets y Raichle, 1998, citado en Drewets, 2003), lo mismo sucede a la inversa, esto sería importante si lo volcamos a un proceso psicológico clínico, ya que a medida que una persona hace conciente su problemática, o bien los factores que están implicados en su conflicto, no se va a reaccionar emocionalmente de la misma manera ante las mismas situaciones, sino que va a utilizar procesos de pensamiento para analizarlo, esto no implica que la persona se muestre sin ninguna emoción ante un proceso doloroso, pero si permitirá desempeñarse de una manera más asertivamente.

Las estructuras cerebrales encargadas de las emociones también participan en acciones automáticas como es el rubor en las mejillas cuando nos apenamos, los cambios en la presión sanguínea, la frecuencia cardíaca, la regulación de la conducta sexual etc, todas éstas son expresiones corporales automáticas pero que están íntimamente ligadas con los procesos emocionales. Las diferencias anatómicas y funcionales a nivel cerebral traerían en consiguiente un cambio en cuanto a la expresión del comportamiento, por ejemplo, en el hombre predomina el hemisferio derecho mientras que en la mujer el izquierdo (Rahola y Bundío, 1999), siguiendo esto, la mujer tendría mayor facilidad de las expresiones emocionales y el lenguaje, puesto que de eso se encarga el hemisferio derecho, mientras que los hombres se desempeñarían mejor en tareas viso-espaciales, por lo que desde ésta perspectiva se podría entender el dicho popular de que los hombres conducen un automóvil con mejor desempeño y que “mujer al volante, peligro constante”.

El desarrollo entre hombres y mujeres no se lleva a cabo con la misma velocidad, se dice popularmente que las mujeres maduran más rápido que los hombres. Al existir diferencias en cuanto a la maduración y evolución del cerebro, habrá diferencias en cuanto a las funciones desempeñadas en la edad adulta (Rahola y Bundío, 1999).

Algunos estudios sugieren que en la mujer se activan procesos simbólicos, mientras que en los hombres se activan funciones más primitivas implicadas en las acciones inmediatas (Rahola y Bundío, 1999), esto podría explicar la diferencia en cuanto a algunos comportamientos, por ejemplo en cuanto a la respuesta sexual, para un hombre es más accesible tener relaciones sexuales con otra mujer y simplemente considerarlo sexo, se llegan a oír comentarios en los cuales se dice que la conducta infiel de los hombres está en sus genes, sin embargo, para una mujer el tener relaciones sexuales implica en muchas ocasiones tener una relación sentimental con esa persona o bien lo vemos en que las mujeres le dan más importancia a las cuestiones amorosas dándole un valor simbólico. Si bien esto está cambiando en la actualidad, por el impulso de las mujeres de comportarse de la misma manera que los hombres bajo un pretexto de igualdad.

Enfocándonos a la depresión, este padecimiento se vincula por lo común con las mujeres, presentándose más en éstas con una proporción de 2 a 1 con respecto a los hombres (Rahola y Bundío, 1999), aunque esta diferencia desaparece entre los niños y las personas mayores ya que en estas etapas no hay diferencias significativas en cuanto a la proporción entre uno u otro sexo, desde la perspectiva neurobiológica el motivo de esta diferencia en la adolescencia y edad adulta juegan un papel muy importante las hormonas lo que se ha prestado a realizar bromas en que las mujeres “están en sus días” y por lo tanto se ponen más sensibles. Cuando ocurren las fluctuaciones de las hormonas donde se encuentran los cambios, la mujer se muestra psicológicamente vulnerable como es en el caso de la menstruación o bien en la menopausia o después del parto. Las hormonas influyen en la regulación de la conducta, favorece diferencias cognitivas típicas, influyen sobre el funcionamiento cerebral actuando sobre la síntesis y actividad de las enzimas, receptores y neurotransmisores los cuales están relacionados con los trastornos psiquiátricos (Rahola y Bundío, 1999). El estrés también es un factor importante en una respuesta emocional, ya que se producen alteraciones bioquímicas y estructurales que hacen que se altere el equilibrio del estado eutímico provocado por un aumento de los sistemas excitatorios, los antidepresivos revierten esta situación (Varela, 2006).

Con el desarrollo de la tecnología se han desarrollado aparatos especializados que han permitido tener avances en el estudio de las enfermedades. Con el uso de la tomografía por emisión de positrones (PET), la tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT) y la resonancia magnética funcional (RMf) se ha hecho un intento por tratar de establecer las bases neurológicas que existen de base en los estados emocionales patológicos y no patológicos, así como para estudiar la farmacología del neuroreceptor, la actividad dinámica de los neurotransmisores y la biología molecular. Además se realiza un intento por tratar de localizar las estructuras cerebrales que se encuentran lesionadas o bien que desempeñan un mal funcionamiento, lo que implica que surjan síndromes psiquiátricos. Por ejemplo, algunas investigaciones han demostrado que existen algunas alteraciones en estructuras como son la corteza

orbital, la corteza prefrontal medial, la amígdala y partes relacionadas con el estriado y el tálamo así como circuitos límbico-cortical-estriatal-pálido-talámicos, en los sujetos deprimidos (Drewets, 2003), por lo que una lesión en estas estructuras implicaría un a variación en las manifestaciones emocionales, cognoscitivas y del comportamiento.

Sin embargo, a pesar de todos los avances que se han realizado, y que el avance de la tecnología permita tener un mejor estudio del funcionamiento cerebral, aún no se logra determinar los factores biológicos y neurológicos que podrían determinar los trastornos psiquiátricos, por lo que aun se depende de las observaciones conductuales, clínicas, los antecedentes herdofamiliares, para el tratamiento de los mismos (Rahola y Bundío, 1999) ya que no existen suficientes datos a favor de los modelos neuroevolutivos y neurodegenerativos para las alteraciones estructurales y funcionales del cerebro (Botteron, 2003).

3.3 Modelo psiquiátrico. Tratamiento farmacológico

Los antidepresivos actúan a nivel cerebral y se busca que se genere un cambio en la conducta, este cambio cerebral se efectúa mediante la regulación de los neurotransmisores, de los cuales la serotonina, la noradrenalina y dopamina son de los que se han estudiado, principalmente el caso de la serotonina en la depresión siendo en la década de 1960-1970 cuando se empieza con la introducción de fármacos que interactúan con la dicho neurotransmisor (Varela, 2006), viéndose involucradas estructuras como el hipocampo, el núcleo supraquiasmático del hipotálamo, el núcleo medial de la amígdala, etc.

La serotonina es una de las diversas señales químicas para el manejo de información en los sistemas biológicos, tiene una filogenia primitiva con un desarrollo de miles de millones de años, culminando con la integración definitiva de los sistemas neuronales en el sistema nervioso central de los mamíferos. Los sistemas serotoninérgicos evolucionaron como sistemas regulatorios respondiendo a los estímulos externos a través de una modificación, es decir, forman un punto medio entre el mundo externo y la organización funcional y estructural del sistema nervioso (Varela, 2006). En el paciente deprimido, la concentración de serotonina se encuentra disminuida, cuando a través de un proceso farmacológico se impide la recaptura de serotonina a través de los receptores de los neurotransmisores provoca que los niveles de serotonina aumenten. Durante la administración de antidepresivos, el metabolismo de la amígdala se reestabiliza a los niveles normales (Drewets, 2003), por lo que se espera que después de un determinado tiempo en el que se lleve a cabo el tratamiento con los antidepresivos, sean retirados sin causar una recaída en una depresión, ya que se generará un cambio a nivel neuronal gracias a la plasticidad cerebral. Se ha observado que el estrés también interfiere con la regulación de la serotonina, particularmente cuando es prolongado, ya que produce además cambios en el hipocampo lo cual se restablece con la ingesta de antidepresivos aun cuando la fuente del estrés siga activa (Varela, 2006).

Todos los antidepresivos clínicamente efectivos, así como otras estrategias de tratamiento tales como el electroshock, la deprivación del sueño y la luz brillante producen cambios en la actividad de los sistemas de neurotransmisión los cuales se llevan un tiempo en actuar de 2 a 8 semanas. Sin embargo no en todas las estrategias terapéuticas producen el mismo cambio (Varela, 2006). Existen diferentes tipos de antidepresivos que se han categorizado de acuerdo a su funcionamiento, siendo los de mayor importancia los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), tricíclicos, y los Inhibidores Selectivos de la recaptación de Serotonina (ISR)

Los IMAO son inhibidores de la recaptura de enzima llamada monoaminoxidasa que se ubica en la membrana externa de las mitocondrias, estos medicamentos son útiles en aquellas depresiones donde predomina la inhibición, el cansancio, la fatiga, etc y en aquellas con componentes fóbicos. También se administran en las depresiones atípicas las cuales se caracterizan por una intensa fatiga, hipersomnia, empeoramiento vespertino, tendencia a la irritabilidad y manifestaciones fóbicas, por lo que también se utilizan en otros cuadros como son los trastornos de ansiedad (Rojtenberg, 2006).

Los antidepresivos tricíclicos son inhibidores de la recaptación de neurotransmisores como son la noradrenalina, sin embargo el problema con estos antidepresivos son los múltiples efectos secundarios que tienen como son la sedación, aumento de peso, visión borrosa. Entre estos tipo de antidepresivos tenemos a la amipriptilina, amoxapina, clomipramina, doxepina, desipramina, imipramina, maprotilina, nortripilina, trimipramina. Estos antidepresivos son bastante efectivos, puesto que producen una mejoría del 80% en los pacientes deprimidos, manteniéndose el tratamiento al menos por un año (Rojtenberg, 2006), estos medicamentos también se utilizan en el tratamiento del dolor.

Los ISR se crearon en un intento por realizar drogas más selectivas, y de esta manera se pudieran disminuir los efectos secundarios con lo que permitirían una mejor tolerancia y un seguimiento del tratamiento farmacológico, además que debido a su composición química se permite que la ingesta sea una vez al día, por lo que éste tipo

de medicamentos son los más utilizados. Entre antidepresivos de este tipo destacan la fluoxetina, la sertralina, la fluvoxamina, paroxetina, el citalopram, escitalopram, venlafaxina, milnacipram, duloxetina (Rojtenberg, 2006). Como efectos secundarios se encuentran agitación, acatisia, ansiedad, insomnio, aunque también se produce un cambio en la conducta y el deseo sexual, en las mujeres se presenta esto a nivel de deseo por las relaciones sexuales viéndose disminuido y en el hombre manifestándose en una falta de erección (Bundío y Rahola, 1999), ya que las estructuras cerebrales, así como la serotonina no solo está implicada en las respuestas emocionales, sino también en la conducta sexual.

El tratamiento psiquiátrico podría dividirse en 5 posibles etapas: respuesta, remisión, recuperación, recaída y recurrencia (Rojtenberg, y Montenegro, 2006). La respuesta es el punto a partir del cual se puede observar una mejoría clínica. Para poder evaluar que un tratamiento psiquiátrico está rindiendo efecto se utiliza frecuentemente la escala de Hamilton, ya que si se observa una reducción del 50% en los síntomas se puede hablar de que hay una respuesta al tratamiento. Sin embargo este criterio para determinar esto debería de ser reconsiderado, ya que en esta investigación se muestra que con que los reactivos correspondientes a la escala de Esquizofrenia del MMPI presentan mayores elevaciones que la Escala de Depresión del inventario, la cual tiene una mayor relación con la escala de Hamilton para la evaluación de la depresión.

Se entiende por remisión el punto en el cual se evidencia una mejoría, el sujeto se muestra asintomático y sin manifestaciones del trastorno, a nivel cerebral implica una normalización de los sustratos neurobiológicos lo que conlleva a una readquisición cognitiva manifestándose en el paciente una capacidad de afrontamiento ante las circunstancias que se le presentan por lo que mostrará un buen desempeño funcional a nivel laboral, familiar, en relaciones de pareja, etc, cuando esto falla se debe a la severidad, a los trastornos de la personalidad, a la falta de soporte social, a una adherencia deficiente al tratamiento, o bien que éste sea inadecuado (Rojtenberg, y Lorenzo, 2006), sin embargo, este es un círculo vicioso, por que con el antidepresivo no se busca que cambien las condiciones en las que se encuentra el individuo, puesto que

éste se sigue desarrollando en el mismo contexto y sigue estableciendo las mismas relaciones con los otros, en el sujeto se lleva a cabo un conflicto que se manifiesta en la depresión, el cual no ha sido resuelto, ésta podría ser la razón de las recaídas las cuales son comunes, ya que en realidad el sujeto no se mueve de lugar. Cuando se presenta la recaída se vuelve incierto si el mismo tratamiento va a seguir surtiendo efecto, por lo que un cambio en la medicación se vuelve frecuente o bien en la dosis, las recaídas también ocurren por un mal seguimiento del tratamiento farmacológico, ya que con la ingesta de cualquier medicamento como por ejemplo los antigripales, cuando uno se empieza a sentir bien, suspende el tratamiento arbitrariamente.

Es cierto que los fármacos son muy útiles contra muchas dolencias de las personas, ya que “la vida, como nos es impuesta resulta gravosa: nos trae hartos dolores, desengaños, tareas insolubles. Para soportarla no podemos prescindir de calmantes. Los hay quizá de tres clases: poderosas distracciones, que nos hagan valuar en poco nuestra miseria; satisfacciones sustitutivas, que la reduzcan y sustancias embriagadoras que nos vuelvan insensibles a ellas” (Freud, 1930 p.75). Dentro de estas últimas entraría el papel del fármaco, ya que muchas pacientes deprimidas, precisamente van con el psiquiatra por un medicamento del cual se espera una ganancia inmediata de placer brindando una cuota de independencia anhelada respecto del mundo exterior. Además, no son poco comunes las adicciones a las benzodiazepinas que se combinan frecuentemente con los antidepresivos. Estos medicamentos generan dependencia y tolerancia y deben ser recetados con precaución, muchos de los intentos de suicidio que reportan las pacientes han sido mediante la ingesta de benzodiazepinas, las pacientes relatan que no querían suicidarse, sino que buscaban no enterarse de lo que pasaba alrededor, desconectarse del mundo. Se busca la ausencia de dolor y de displacer, ya que del mundo exterior del cual se teme no es posible protegerse excepto extrañándose de él de algún modo (Freud, 1930). Una característica de las pacientes deprimidas son unas ganas de no realizar nada, y de dormir mucho, mezclado con insomnio, se busca dissociarse del mundo externo, de las cosas que le causan sufrimiento, ya que todo sufrimiento es sólo

sensación, no subsiste sino mientras lo sentimos, agregado a las conductas de consumo de alcohol, o bien de inhalantes en algunas pacientes (Freud, 1930).

Las pacientes deprimidas se muestran angustiadas, y ante esto la cultura ofrece cuatro formas en las cuales el sujeto puede hacer frente a esta angustia: racionalizarla, negarla, narcotizarla o evitar todo sentimiento impulso o situación capaz de despertarla (Horney, 1990). Se narcotiza pues a través de medicamentos sin embargo aparecen los síntomas, por lo que lo único que puede manifestar el sujeto es saber de sus manifestaciones externas, es decir que se siente deprimida aunque no sabe por que, simplemente está enferma, o “loca”, atacada por una enfermedad y síntomas presentes en el cuerpo del cual se desconoce su origen y que además escapan de su voluntad.

Bajo el tratamiento con antidepresivos, los pacientes pueden referir que si bien no se sienten completamente felices, si revelan sentirse más tranquilas, aunque las mismas circunstancias y problemáticas surjan, “todo se les resbala”. Se alcanza cierta protección del sufrimiento, aunque se reducen las posibilidades de goce (Freud, 1930). Las pacientes se mantienen estables una vez que se puede establecer el tratamiento farmacológico, se presentan algunas recaídas, algunas al ser dadas de alta lo que les obliga a regresar al servicio, o bien se les asignan citas espaciadas solo para control, permitiéndoles ser funcionales y desempeñar sus actividades.

Como la depresión es una problemática que cada vez se va volviendo más frecuente, en el año 2006 se aprobó un parche para el tratamiento de la depresión (Rojtenberg, 2006) que ya está a la venta en Estados Unidos.

En el año 2000 se publicó el DSM IV revisado, aunque existen discordancias en cuanto a la epidemiología en la definición de las enfermedades ya que la definición de trastorno es el mismo para todas las especialidades médicas, incluyendo Psiquiatría. Todas las afecciones tanto físicas como médicas son afecciones en las que alguna función del individuo no se produce como se esperaría y, en consecuencia, el sujeto puede experimentar alguna incapacidad o malestar. Disfunción se refiere al fallo de los

mecanismos internos de la persona a la hora de realizar una función natural, malestar se refiere a los prejuicios intrínsecos a una afección que conscientemente se consideran dolorosos y por discapacidad se refiere a la magnitud de interferencia de afección en el rol social o las actividades habituales (Wakefield y Spitzer, 2003). Desde este punto de vista se vuelve complicada la definición de los trastornos del estado de ánimo, en primer lugar por que aún no se ha establecido una correlación entre las lesiones de las estructuras cerebrales y la depresión, y en segundo lugar, esta definición deja de lado el factor subjetivo que es indispensable en el establecimiento de una valoración diagnóstica, además de que el vivenciar de un malestar, de una depresión varía considerablemente de una persona a otra de acuerdo a su personalidad, a sus vivencias, a su maduración, etc. Este factor subjetivo, y el que aún no se establezcan las bases cerebrales de la depresión, hacen complicado su definición y su categorización en un manual para el diagnóstico como lo es el DSM IV.

De acuerdo al DSM IV la depresión se encuentra dentro de los Trastornos del estado de ánimo, donde se incluyen los episodios afectivos, los trastornos depresivos y los trastornos bipolares. En la muestra de esta tesis se incluyeron a mujeres , con los diagnósticos psiquiátricos de depresión, ciclotimia, distimia, y no se incluyó ningún caso de bipolaridad. Sin embargo, mezclados con el diagnóstico de depresión se encuentran los trastornos de la personalidad, puesto que aquí es en donde están incluidos los síntomas histriónicos que acompañan a varias de las mujeres deprimidas y que no están consideradas como un síntoma de los trastornos del ánimo, sino que se encuentran como una clasificación aparte.

El DSM IV elabora un listado en donde de catalogan una serie de síntomas, para poder elaborar un diagnóstico lo principal es que el paciente tenga un número mínimo de éstos síntomas, cinco o más, que cumpla con un periodo de tiempo determinado, que para el caso de la depresión es de dos semanas y que los síntomas que presenta el sujeto no puedan explicarse mejor con otra clasificación. El factor tiempo es muy importante para determinar un diagnóstico psiquiátrico. Por ejemplo, en el caso de una intervención terapéutica la paciente en su relato decía constantemente estar deprimida,

hasta que en una ocasión la psiquiatra interviene diciéndole a la paciente que no se ha sentido deprimida por un lapso mínimo de 2 semanas, por lo que depresión no es el término correcto a utilizar y le pide que en adelante no diga que se encuentra deprimida, sino triste, con lo que el psiquiatra se coloca en el lugar de el que posee el saber de lo que al paciente le pasa. A veces el establecimiento de un diagnóstico, con el fin de poder darle un nombre científico a lo que el paciente tiene, deja de lado el discurso subjetivo y por lo tanto el factor clínico que el paciente ofrece. Desde la psiquiatría hay un principal interés de poder determinar el diagnóstico, puesto que una vez realizado esto se pueda establecer un tratamiento, si está deprimida se le recetan antidepresivos, si está ansiosa se le recetan ansiolíticos, si tiene una gripa se le recetan antigripales, para que de esta forma se pueda categorizar al sujeto con base a un cuadro de síntomas que se espera desaparecer. La primacía así la tiene la enfermedad y no el sujeto que por algún motivo a averiguar ha establecido como síntoma la depresión, bajo este enfoque médico, el sujeto es el que se acopla a los síntomas, no hay un saber ni siquiera una pregunta sobre el conflicto que atañe al sujeto.

Entre los síntomas enlistados por el DSM IV se encuentra un cambio evidente entre las actividades realizadas, un ánimo depresivo, pérdida de interés, algunos cambios como pérdida de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento, sentimientos de inutilidad o culpa, problemas en la concentración, pensamientos recurrentes de muerte ocasionando un deterioro en su desempeño laboral, social etc. Se debe descartar que estos síntomas sean causados por alguna sustancia o droga o bien una enfermedad médica.

Con la instauración de los manicomios se realizó una segregación de los “locos” al separarlos de los demás miembros de la sociedad, con los medicamentos psiquiátricos también se establece esta segregación, ya que aún es mal visto que alguien tome antidepresivos o ansiolíticos, lo que también complica que los sujetos continúen con el tratamiento, ya que éstos medicamentos no son bien vistos socialmente.

3.4 Cognitivo- conductual

El modelo cognitivo-conductual supone que una serie de sucesos antecedentes y/o inmediatos inciden sobre un organismo con predisposiciones estables de conductas. La conducta problema a su vez se ve influida por las consecuencias que la siguen. El análisis conductual permite describir operativamente la conducta a modificar, identificar variables del entorno o del propio sujeto que estén implicadas en el mantenimiento de dicha conducta (Salamero, Peri y Gutiérrez, 2002).

Cognición y afecto están siempre ligados, no existe cognición sin emoción ni de manera viceversa, la estructura cognitiva canaliza la manera en la que se expresan las emociones (Mccullough, 2003). Bajo esta aproximación se realiza una supremacía en la cognición sobre el afecto, al describir los estados emocionales, hay aspectos que puedan nublar la introspección, los estados emocionales pueden verse transgiversados, por lo que se pretende hacer una reestructuración cognitiva, ya que los sujetos no tienen un proceso cognitivo lógico, regresándose y quedándose estancados a niveles anteriores en el desarrollo. Se hace así, un análisis de los estados emocionales que presenta el sujeto, analizando la duración, la intensidad, la calidad, relevancia, intencionalidad, afabilidad, interferencia con la competencia psicosocial, control conductual, etc. (Berrios, 2008)

A principio de los años ochentas James P. Mc Collough, Jr., Profesor de Psicología y Psiquiatría en la Universidad del Estado de Virginia, desarrolló el CABS, Cognitive Behavioural Analysis System of Psychotherapy por sus siglas en inglés que en español sería “Sistema de Análisis Cognitivo Conductista de la Psicoterapia” el cual es el único programa psicoterapéutico para el tratamiento de los trastornos depresivos bajo un enfoque cognitivo conductual. (Mccullough, 2003)

Bajo este modelo, el ambiente desempeña un aspecto muy importante, ya que éste juega un papel de estímulo para los sujetos, por los que en terapia se les enseña el análisis situacional, con el que pueden analizar la situación, las emociones, pensamientos y conductas que se presentaron en determinada circunstancia. Para esto

se emplean métodos de reforzamiento negativo como estrategias esenciales de motivación a fin de modificar la conducta. El paciente describe la situación, realiza las interpretaciones sobre lo que esa situación significó para él, describe lo que hizo, lo cual lo condujo a un resultado real identificándose con él pero además construye lo que habría sido un resultado deseado para que de esta forma se averigüen las conductas que lleven a éste. (Mccullough, 2003)

Los sujetos deprimido, estarían funcionando a un nivel mental de un niño de 5 a 7 años, por lo que se realiza un estancamiento en el proceso de maduración cognitivo emocional, los sujetos son incapaces de interactuar con empatía, además de que el estrés en un estado depresivo ha superado las capacidades de afrontamiento. (Mccullough, 2003)

La depresión es el resultado de una solución desadaptativa de problemas sociales, de alguna manera algo rompe con el equilibrio que les permitía a los individuos reconocer que hay una conexión entre lo que hacen y los efectos de lo que hacen sobre las personas (Zurrilla y Maydeu, 1995, citado en Mccullough, 2003).

Lo primero a realizar es que el individuo adquiera conciencia de su conducta del tipo de vida que han estado realizando y solo en ese momento pueden tomar una decisión sobre su comportamiento, para que se de cuenta de cómo influye en el ambiente. Además bajo éste enfoque el clínico se involucra personalmente con los pacientes, revelan sus sentimientos, actitudes y reacciones personales a los pacientes, de manera que se facilite el desarrollo de aprender la interacción con los otros y la empatía (Mccullough, 2003). Al aprender que sus acciones tienen repercusiones con el ambiente y con los otros que les rodean encontrándose en interdependencia, se desarrolla un sentido social genuino.

Se busca reconocer los pensamientos y las emociones en una situación particular, identificar los procesos conductuales, los resultados y las consecuencias, se ayuda al

paciente además a construir maneras alternativas de pensar y comportarse de manera más adaptativa lo que le traerá un alivio emocional.

La patología vista desde este enfoque es una interrupción, es decir una desviación del proceso determinado de bienestar funcional, de modo que tanto la conducta normal como la anormal se originan del mismo proceso de desarrollo (Mccullough, 2003). Sin embargo éste modelo no se enfoca en las razones por las cuales un individuo desarrolló estas formas particulares de enfrentarse ante una situación, se centra más bien en el que haya una reestructuración en la forma de pensar sin que haya una introspección del porqué estas disposiciones de conducta se establecieron en el individuo.

El problema entonces radicaría en un error en la percepción, ya que el sujeto no se da cuenta de que sus conductas tienen repercusiones en el ambiente, así como en los otros, una vez que esta percepción errónea se pueda hacer adecuada, entonces habrá un cambio reforzado con una motivación, siendo la contingencia un aspecto importante. Se trabaja así con una situación concreta en un tiempo inmediato, no se rastrean estas formas de comportamiento en otras situaciones ni en su relación con el desarrollo que tuvo el individuo, no se ve que a través de su desarrollo el sujeto creó pautas de comportamiento en su interacción con los otros así como con su ambiente, en donde no siempre la contingencia es el principal factor en un comportamiento, ya que un aspecto pudo surgir muchos años atrás que regresa ahora en una situación actual. Se trata de generar en el individuo conductas que le permitan al individuo realizar la conducta más adaptativa (Mccullough, 2003), de tal manera que le traiga alivio.

3.5 Género

Desde esta perspectiva se plantea que la sociedad establece una serie de roles de acuerdo al género que establece la forma en la que un hombre o una mujer debe comportarse. En la antigüedad tanto hombres como mujeres tenían a cargo las mismas actividades, como son el cazar para comer. Sin embargo, con la llegada de los hijos, al estar embarazada la mujer se vio incapacitada para moverse con la misma agilidad que los hombres por lo que tuvo que quedarse en casa al cuidado de los hijos.

El sexo de un hijo evoca expectativas en los padres incluso desde antes de nacer, ya que se empiezan a realizar aditamentos al espacio en el cual el nuevo hijo estará, que si es niño se pinta el cuarto de azul, la ropa se compra de acuerdo a un color y a un estilo, se compran los juguetes, se escoge un nombre. Los cuidadores serán los encargados de definir las conductas adecuadas de acuerdo a su género, las cuales serán reforzadas o modificadas por los imperativos biológicos y el aprendizaje (Rojtenberg y Lorenzo, 2006).

La depresión puede ser considerada bajo el punto de vista de una perspectiva de género, ya que los roles que la sociedad y la cultura establecen hacen que se presenten pautas de comportamiento tanto para hombres como para mujeres de acuerdo a lo que se espera de ellos. Se ha inculcado a los hombres el ser el soporte económico del hogar y de la familia, a buscar medios para triunfar en la vida, que se muestren fuertes no solo física sino emocionalmente. De la mujer se espera que sea el soporte emocional, la cuidadora, la cariñosa, la que se haga cargo de los hijos, se les permite llorar, ser sensible y a través del amor la mujer pueda alcanzar la felicidad, la seguridad y el prestigio (Horney, 1990). De esta manera a los hombres se les cohibe en la expresión de los sentimientos, lo que explicaría el por que los hombres acuden con menor medida a los servicios de Psiquiatría para atender una depresión, expresándola con menor frecuencia, pero no porque se presente en menor cantidad, aunque si podría expresarse de otras formas como sería en el consumo de alcohol ya que los índices son más elevados en los hombres (Montero, 1999). A las mujeres por el otro lado se les cohibe en el desarrollo intelectual.

Sin embargo, los roles tanto de hombres como mujeres han mostrado cambios y adaptaciones ya que el desarrollo de la sociedad les han llevado a adoptar otros papeles en la misma, por ejemplo, la mujer se ha visto en la necesidad de buscar oportunidades de trabajo y competir con los hombres en una posición de igualdad, llevándolas a experimentar un nivel de estrés mayor que el de los hombres en las relaciones interpersonales, cuyas razones provienen de las situaciones laborales y económicas (Montero, 1999). Esta lucha por la igualdad, no solo se ha visto en el campo laboral, sino también en actividades sociales y académicas. Sin embargo la mujer ha tratado de incluirse dentro de estas áreas además de realizar las actividades que con anterioridad le correspondían, como son las labores del hogar, cuidar a los niños, hacerse cargo de los padres, cuidarlos en las enfermedades que se presenten, apoyarlos económicamente, etc. El rol social de la mujer es el cuidado de los demás, de esta forma se delega el propio cuidado en función de los otros, además de ser menos reconocida socialmente en relación al hombre (Rojtenberg, Lorenzo, 2006). Las presiones culturales que hacia la mujer se realizan como es el de tener un matrimonio, una familia, etc., la pueden llevar a tomar decisiones precipitadas con tal de seguir los lineamientos culturales. El efecto del rol ocupacional en la salud mental de la mujer parece depender de su estado civil, función parental y status socioeconómico (Montero, 1999). Desde este enfoque, todos estos elementos podrían contribuir a que en la mujer surjan estados depresivos con mayor incidencia que en el caso de los hombres, puesto que las condiciones para ambos no son igualitarias.

La sintomatología depresiva incrementa en los niveles socioeconómicos más bajos que en los altos (Montero, 1999). El ISSSTE da servicio a derechohabientes que poseen un nivel socioeconómico medio alto, dentro de los que se incluyen trabajadores de dependencias del gobierno, profesores, etc. La muestra en esta tesis incluyó a mujeres con un nivel académico alto, lo que indicaría que éstas mujeres no se encuentran dentro del sector más vulnerable a padecer sintomatología depresiva, y sin embargo, este problema se muestra presente, aqueja a las mujeres, interviene con su bienestar, y esto se incrementaría conforme se desciende en posición socioeconómica, lo que agravaría el problema de la depresión, puesto que ésta no atañe, aunque si se presente

con mayor frecuencia a un sector único de la población, y decir que aquellos que poseen bienes materiales y formación académica no van a tener necesidad de deprimirse. La propuesta de ésta tesis es que la depresión está asociada a un aspecto que va más allá de un rol social que se muestra cambiante, o una posición socioeconómica o laboral, sino que atañe a los métodos de aprendizaje y enseñanza que son inherentes a nuestra cultura y sociedad, arraigadas en una estructura moral que los fomenta. La creatividad, la autonomía, la competencia y la autoestima se desarrollan en un contexto relacional, por lo tanto hay que plantearse la necesidad de reforzar estos aspectos, es decir, preparar para los logros sociales y también para mantener los lazos relacionales (Montero, 1999).

3.6 Psicodinámico, concepto de síntoma

El concepto de síntoma tiene diferentes definiciones de acuerdo al enfoque con el que se desenvuelva. Desde el punto de vista médico, un síntoma es la referencia subjetiva que da un enfermo de acuerdo a la percepción o cambio que reconoce como anómalo en su cuerpo causado por un estado patológico o enfermedad, es decir que el síntoma es un indicio de enfermedad, caracterizada por un conjunto de síntomas, así lo mismo ocurre con los trastornos mentales, el DSM IV muestra una lista de síntomas que se adecuan a una determinada enfermedad.

Lo físico siempre tiene una explicación o bien un control mediante medicamentos. La cura vendría dada por un Psiquiatra al que se le supone un saber, no solo sobre los padecimientos mentales sino también sabe lo que pasa en el sujeto, de antemano. Como estudiantes de psicología nos topamos inevitablemente con que al revelar nuestra profesión nos aborden con preguntas como “ya vas a saber como soy”, “sabrás mi personalidad”, las personas nos asignan un saber sobre la mente, conociendo sus secretos. En una ocasión conocí a un muchacho universitario, el cual, al saber que estaba estudiando psicología, me pidió: “dime algo sobre mí”, asegurando que al yo estudiar psicología, debía de saber de esas cosas, le pregunté entonces, “¿me vas a decir que yo se más de ti, que tu de ti mismo?”, me respondió que si. Este es el primer impedimento que se tiene, el que el sujeto pone en el otro, sea un psiquiatra o un psicólogo un saber sobre sí mismo, algo que él desconoce ciertamente, pero que para el especialista debe quedar muy claro, por lo que él no debe hacer nada más que seguir con las indicaciones que le señalen.

Los pacientes que acuden a consulta se sorprenden de que sus síntomas físicos tengan relación con lo psicológico, llegando a expresar comentarios como son: “como pueden decir los doctores que estoy haciéndome mensa”, o “como voy a preferir estar en el hospital que estar con mis hijas” asegurando que no le encuentran ningún beneficio, ninguna explicación a los síntomas, al contrario lo ven como algo desagradable que las imposibilita y que desean erradicar, sin embargo, las inconsecuencias son una

indicación tan definitiva de la presencia de un conflicto como es la subida de la fiebre en una perturbación física (Horney, 1959).

El medicamento definitivamente sirve de contención, sin embargo, lo que hará será apaciguar ya que cuando se eliminan los síntomas, lo único que se origina es la aparición de otros nuevos (Freud, 1917). Desde el punto de vista médico eliminando los síntomas se eliminaría la enfermedad. Algunos pacientes, aunque relatan sentirse mucho mejor con el medicamento, les embarga un sentimiento de vacío, como si algo les faltara, tal es el caso de una paciente que abandonó el tratamiento con antidepresivos, justificando que lo que quería era sentir.

El síntoma en psicología, no explica una enfermedad, sino que es indicador de un conflicto que se está llevando a cabo en el sujeto, lo que incluye la estructura motivacional, las instancias psíquicas. El síntoma se refiere a actos perjudiciales, inútiles para su vida en su conjunto, incluso se realizan en contra de su voluntad, siendo inconsciente para el sujeto, lo que lo lleva al displacer o sufrimiento que además conlleva un gasto anímico que puede traer un empobrecimiento de la persona en cuanto energía anímica (Freud, 1917). Cuando el Yo se ve requerido para una tarea psíquica como es la sofocación de afectos o la necesidad de sofrenar fantasías sexuales se ve limitado en su gasto de manera simultánea en muchos sitios (Freud, 1926). En las mujeres deprimidas, el crecer bajo un yugo materno estricto, frustrador, que le impedía el desarrollo libre de su sexualidad, limita la energía del yo. El sujeto siente que él sufre más que las personas "normales", esto es debido al hecho de que ellos deben de pagar un gran precio por sus defensas (Horney, 1990), las mujeres deprimidas consideran subjetivamente que en comparación de los demás ellas sufren más, o bien les va peor en la vida.

El objeto en la depresión es de carácter sexual, surge por la no realización, como mujer plena, con esto no me refiero al éxito económico, social, sino al desarrollo de la intimidad, si esto no se logra desarrollar se puede manifestar en el conflicto divalente con la madre. Por un lado tenemos una constitución sexual infantil y por otra parte el

vivenciar infantil, lo que da una predisposición por fijación libidinal que cuando se junta con un vivenciar accidental en el adulto deviene una neurosis (Freud, 1917).

El síntoma aparece por que el sujeto no reconoce otra forma para poder darle salida a lo que le está pasando, además de que es más fácil mantener un síntoma ya que simplemente se estaría enfermo, que hacerse responsable de su problemática, hablarla, reconocerla. Este es el caso de una paciente, la cual presentaba un adormecimiento de su lado izquierdo, y el ojo del mismo lado se le cerraba, había llegado a psiquiatría por que desde el punto de vista Neurológico no había indicios que pudieran explicar el padecimiento actual, decía “es más probable que me suelte del estómago a que me suelte hablando”.

Las fuerzas que se han enemistado, pueden convivir en un síntoma, es decir se hace una relación de compromiso, en donde una de las partes en conflicto es la libido insatisfecha en el síntoma. El síntoma se engendra como un deseo libidinoso inconsciente para el cumplimiento del deseo, aunque se encuentra desfigurado mostrándose ambiguo, y que solo en el síntoma pueden convivir, generan una satisfacción que es difícil de entender puesto que no están involucrados objetos en la realidad exterior por que la satisfacción en el síntoma no está directamente ligada al objeto. El vínculo con la realidad exterior se ve resignado en los síntomas, se reemplaza una modificación del mundo exterior por una del mundo interior, es decir el cuerpo, una acción por una adaptación (Freud, 1917). Sin embargo, aunque sea ambiguo, el síntoma está provisto de significados que se contradicen entres sí pero refleja la singularidad del sujeto, es rico en sentido como las operaciones fallidas y los sueños (Freud, 1917).

Como la libido no puede sacar de manera sana su expresión, se reprime, puesto que es inaceptable en la realidad, aunque tenga que buscar otros caminos para la satisfacción, es así como surge la formación de síntomas, el cual es indicio y sustituto de una satisfacción pulsional interceptada, es un resultado del proceso represivo. En la represión, el Yo trabaja influenciado por su realidad externa, y por eso segrega de ella

al resultado del proceso sustitutivo (Freud, 1926), es decir, por ejemplo, de acuerdo a la conciencia moral no se puede tener sentimientos negativos por los familiares y mucho menos por la figura materna, estos sentimientos se reprimen aunque surgen de otras formas como es en un síntoma histérico, depresión o sentimientos de culpa. Cuando una aspiración pulsional sucumbe a la represión, sus componentes libidinosos se trasponen en síntomas y sus componentes agresivos en sentimientos de culpa (Freud, 1930). Es así como en el caso de éstas mujeres, los sentimientos hostiles que tienen hacia la madre se regresan hacia el propio Yo, considerándose ellas mismas como las malas.

La libido se muestra en un proceso de regresión, en donde buscará su satisfacción en etapas anteriores ya superadas, en lugares que ya se habrían dejado tras de sí en otras etapas del desarrollo, por lo que se crean fijaciones. Ocurre pues una satisfacción en el síntoma, por ejemplo una de las mujeres, su síntoma manifestado en el cuerpo así como la depresión le permite no tener relaciones sexuales con su marido, aunque se pasee en ropa interior por la casa. A otra mujer le permite faltar al trabajo, o bien tener un trato especial por el hecho de estar “enferma”. En otra se observa en el ámbito familiar obteniendo el cuidado y protección de los miembros de la familia, por lo que se muestra una ganancia de la enfermedad (Freud, 1926). Por ejemplo este es el caso de una mujer que es oficial, que durante una persecución a pie tuvo una caída de varios metros de altura. Desde el accidente no habla ni camina aunque médicamente no se encuentre afectada, secundariamente a este suceso, el esposo, con el que tenía problemas y estaban por separarse, regresa a cuidarla. Las fijaciones que se generan aparecen en las prácticas y vivencias de la sexualidad infantil, es hacia aquí donde revierte la libido, puesto que las vivencias, experiencias y educación que haya tenido el niño en esta primera etapa infantil van a ser fundamentales incluso en la vida adulta, influirá el contexto psicológico en el que se efectuó la primera elección de objeto, antes de que por la barrera del incesto, se invista la libido hacia otros objetos. Cuando en esta etapa no se realiza el desarrollo de una manera sana, en donde el individuo aún no se encuentra suficientemente desarrollado como para lidiar con frustraciones impuestas, entonces se puede generar efectos traumáticos (Freud, 1917). Si se le exige más se

produce en el individuo rebelión o neurosis, o se lo hace desdichado (Freud, 1930). Las mujeres deprimidas en su mayoría muestran un intento de rebelarse contra la figura materna durante la adolescencia, sin embargo, no lo consiguen con éxito.

Los síntomas crean un sustituto para la satisfacción frustrada, repite de algún modo la satisfacción que se realizaba en esa infancia, sin embargo se encuentra desfigurada por la censura que el conflicto ha efectuado, mezclada además con una sensación de sufrimiento (Freud, 1917). Todo síntoma es un producto, más o menos directo del conflicto. El conflicto presente es el punto en el que explotó finalmente la dinámica de las fricciones internas, esto quiere decir, que si bien un conflicto está exponiéndose en este momento, viene formándose de tiempo atrás en el desarrollo. Los hechos presentes hicieron que en el sujeto se activaran ciertas disposiciones de comportamiento que se construyeron con base a experiencias y a sus relaciones con los otros. Un síntoma es un proceso defensivo que hace el sujeto, el yo debe sustraerse del peligro que lo amenaza desde afuera, por lo que constituye un intento de huida frente a un peligro pulsional. El síntoma se formula como una defensa necesaria contra las exigencias libidinosas del complejo de Edipo (Freud, 1926), es por esto que el conflicto que están presentando las mujeres deprimidas en este momento, no puede remitirlas a la dinámica del complejo de Edipo, de cómo en esta situación había deseos hostiles de desplazar a la madre para quedarse con el padre. El evento que no es poco común en estas mujeres deprimidas es precisamente la pérdida de un esposo, o bien una mala relación, remitiéndolas pues al complejo de Edipo en donde se encuentra un conflicto con la madre. Hoy ellas mismas son las que se definen como las malas hijas, las malas madres, malas personas, y siempre ha sido así (Freud, 1917). La pérdida de amor hace emerger la ambivalencia de los vínculos de amor, que es constitucional a todos los vínculos, aunque no se permita reconocerlo por lo que se reprime. En las mujeres deprimidas, esta ambivalencia va más allá convirtiéndose en divalencia.

Muchas de éstas mujeres se muestran melancólicas, realizando autorreproches, el Yo se vuelve indigno, estéril, moralmente despreciable, el sujeto se reprocha, las mujeres

se creen tontas, y buenas para nada, como el caso de la mujer que se droga inhalando barniz por que es un autocastigo, se denigra, espera repulsión, esta resistencia proviene del superyó que parece brotar de la conciencia de culpa o necesidad de castigo, se opone a todo éxito y por lo tanto también a la curación. Lo que predomina es el desagrado moral con el propio Yo, la sombra del objeto recae sobre el yo (Freud, 1917), mudándose la pérdida de objeto en una pérdida del Yo. Muchas de ellas relatan que estarían felices si sus parejas regresaran, o si su matrimonio no hubiera fracasado. Cuando se cree que un objeto internalizado puede perderse, y esta libido no puede volver a investirse, es decir, ellas no van a volver a amar a una pareja, o lo que relata una paciente: “dicen que un clavo saca a otro clavo, pero si un clavo que soy yo, está podrido, como puede hacerse eso”, es cuando aparecen los episodios de melancolía, si bien éstas mujeres están diagnosticadas como estar deprimidas, se comportan como melancólicas, mostrando defensas psicóticas, reportan sentirse vacías, desesperanzadas, son frecuentes los intentos de suicidio ya que, por una parte el odio que recae hacia el objeto recae sobre el mismo sujeto (Freud, 1917). Es la conservación del objeto lo que garantiza la seguridad del Yo y al verse éste perdido se busca destruirse a sí mismo. Una mujer que después de estar año y medio en una terapia grupal, debido a su mejoría es dada de alta y a las dos semanas tiene que verse internada debido a un problema respiratorio. Otro ejemplo es el caso de una mujer de mediana edad la cual su madre murió y sus cenizas las tenía en un contenedor especial en su cocina. Sus hermanas, sin avisarle, y sin su consentimiento, esparcieron las cenizas al mar, lo cual a la paciente le causó mucho enojo y mucha angustia. Al ya no tener a su madre, ahí, presente, en forma material, es decir, sus cenizas, empezó a tener alucinaciones en donde le parecía ver a su madre en la casa. Quizá esta sea la razón por la que muchas mujeres, se quedan a vivir con su madre o bien se mudan a un lugar cerca, mostrando una incapacidad así de poder realizar una independencia y un desprendimiento, por que eso implicaría al propio Yo estar desvalido. Por último tenemos el caso de una mujer de la tercera edad, la cual hace más de diez años perdió a su madre, desde que murió, la paciente reportó sentirse deprimida, y cuando se va a acercar la fecha en la que su madre murió, ella empieza a verla por el espejo retrovisor del auto a manera de alucinación.

El duelo es la reacción ante la pérdida de una persona amada o de una abstracción de origen simbólico que haga la misma función, por ejemplo la patria, la universidad, un ideal, etc. De acuerdo a los términos psiquiátricos el tiempo es el determinante en la distinción entre un duelo normal y uno patológico, el cual corresponde a 6 meses. El duelo no se efectúa precisamente cuando un objeto está muerto, no tiene que ser esa pérdida en lo real, sino que también puede verse un objeto perdido como un objeto de amor, que por ejemplo en el caso de las mujeres deprimidas tendría que ver con la pareja, y muchas veces ellas siguen estando casadas, pero algo en la relación ya no es como antes, el amor se ha perdido, por lo que a veces se sabe a quien ha perdido, pero no que es lo que perdió de ese objeto (Freud, 1917).

El Yo se mantiene en una lucha constante contra el síntoma, por que si bien, éste surge como una expresión del conflicto, después se desata una lucha secundaria ahora contra el síntoma. El Yo intenta cancelar la amenidad y el aislamiento aprovechando cualquier oportunidad para ligarlo de algún modo e incorporarlo a su organización (Freud, 1926), es así más fácil para el sujeto manejar éste síntoma como un problema médico. Al no erradicarse un síntoma expresado en el cuerpo, o bien, una depresión, el problema radicaría en que los medicamentos no están funcionando aunque la dosis sea la indicada o bien los medicamentos sean efectivos, por lo que ya no deberían sentirse deprimidas, o ya no deberían presentar los dolores de cabeza, el insomnio, etc., sin embargo, los síntomas poseen realidad psíquica mas no precisamente realidad material (Freud, 1917).

Los síntomas deparan dificultades con el medio circundante y la sociedad (Freud, 1930). Las mujeres deprimidas muestran dificultades en sus relaciones sociales, además que los malestares que presentan les hacen faltar al trabajo, salir con amigos, y en algunos casos se descuida el aspecto físico llegando hasta perder las ganas de bañarse, arreglarse, cuidar el peso, etc.

La depresión desde esta perspectiva no es considerada una enfermedad, una estructura o un trastorno mental, aunque en algunas pacientes la depresión haya

abarcado tantas áreas en el sujeto que se encuentran en conflicto que hace que se aproxime a un trastorno. La depresión es considerada un síntoma, que está dando a conocer la presencia de un conflicto en el sujeto. Le impide desempeñarse académicamente, laboralmente, en sus relaciones familiares, de pareja, con contemporáneos, se muestran desganadas, fatigadas, presentan insomnio o bien duermen mucho, hay una alteración en su vida sexual. Además de que en algunas de ellas se suman síntomas histéricos que se manifiestan en el cuerpo como son dolores de cabeza, temblor de piernas, etc. Sin embargo, no toda la persona que se deprime va a estar presentando un síntoma, no estoy planteando que la tristeza sea una anomalía y que el propósito es que todos sean felices todo el tiempo. Sin embargo, las mujeres deprimidas en la muestra analizada, se quedan en este estado, afectándole varias áreas, la sienten como una interferencia en su bienestar. La depresión es un síntoma, un indicador de lo que pasa en el sujeto, que la propuesta en esta tesis es un conflicto dialéctico con la figura materna, por que de alguna manera surgió en el sujeto la depresión ante una situación presente en su vida, que no puede dejar de incluir el contexto de su desarrollo.

Capítulo 4 COMORBILIDAD Y EPIDEMIOLOGÍA

4.1 Depresión asociada a otras enfermedades

El término comorbilidad se refiere a toda entidad añadida a la ya existente o que puede darse en la evolución clínica de un paciente que ya presenta una enfermedad inicial objeto de estudio (Lilienfeld, 1994, citado en Krueger, 2003). La depresión puede influir en como una persona experimenta el proceso patológico de las enfermedades médicas (Fava y Sonino, 2000), siendo proclive a otras enfermedades con las que se encuentre vinculadas, o incluso llegando a ser un factor de riesgo en cuanto a la aparición de enfermedades como por ejemplo, el cáncer de mama. Las mujeres con antecedentes de depresión tienen una posibilidad 4 veces mayor de desarrollarlo (Rojtenberg y Lorenzo, 2006), de la misma manera se encuentran los eventos vasculares como infarto al miocardio (Kotliar, 2006), las cuales se muestran como la principal causa de muerte en el 2004, particularmente en las mujeres ya que causa 32% de las muertes y 27% en los hombres (World Health Organization, 2004). El síndrome metabólico también se muestra en comorbilidad con la depresión, las características de este padecimiento son la obesidad abdominal, dislipidemia, hipertensión arterial y resistencia a la insulina. Las enfermedades cardiovasculares son responsables del 26% de todas las causas de muerte, y se estima que para el 2020 se incremente a 36% (Kotliar, 2006). México ocupa el segundo lugar en personas con problema de obesidad, por lo que al tener un abordaje de la depresión y poder resolver el conflicto subyacente, se podría tal vez, mostrar una reducción en la presencia de estos problemas médicos, o al menos disminuir el riesgo de presentarlos. Existe un 20% más de probabilidad que los trastornos psiquiátricos se presenten en enfermedades crónicas que agudas, como son las correspondientes al servicio de oncología, neurología, nefrología seguido por el servicio de cardiología (Valencia, 2005).

Los trastornos del estado de ánimo reactivan psicopatología preexistente o latente en los pacientes, por lo menos 47% de las personas afectadas por algún trastorno psiquiátrico eventualmente va a desarrollar otra enfermedad, éste porcentaje es para la población en la ciudad de México (Caraveo-Anduaga, Colmenares y Saldívar, 1999). y

más específicamente en el centro Médico Nacional “20 de noviembre” del ISSSTE, más del 70% de los pacientes en el servicio de Psiquiatría, Psicología y Neuropsicología presentan una enfermedad médica no psiquiátrica (Valencia, 2005), sin embargo, es de considerarse que los pacientes en su mayoría llegan al servicio por transferencia de otros.

Otros factores involucrados en la depresión, que no siempre son catalogados como enfermedad pero que afectan la funcionalidad de un individuo, son el consumo de alcohol, el abuso de sustancias, la angustia o bien ya como un trastorno mental, se encuentran los trastornos de la personalidad (Wakefield, Spitzer 2003), los cuales incluyen el trastorno disocial, el trastorno anacástico de la personalidad, o el histriónico los cuales se manifiestan como modalidades estables de respuestas a un amplio espectro de situaciones individuales o sociales, se refieren a formas de comportamiento duraderas y profundamente arraigadas en la persona (Valencia, 2005), estos acompañan frecuentemente a la depresión, sin embargo se encuentran en apartados diferentes en lo que respecta al DSM-IV, por lo que en la depresión se manifestarían otros síntomas que serían difíciles de catalogar dentro de un trastorno específico del DSM-IV, que se conjuntan y que en ocasiones dificultan el diagnóstico, además de que se dejan de lado por ejemplo los síntomas histéricos, que se presentan en las mujeres deprimidas ya no corresponderían a un trastorno del estado de ánimo sino a un trastorno de la personalidad. Entre la muestra de las mujeres deprimidas, se observa que algunas en su adolescencia presentaron conductas de abuso de alcohol, aunque el abuso de sustancias y alcoholismo está más asociada a los hombres, mientras que las mujeres presentan mayores problemas de ansiedad, trastornos de la alimentación, migraña y enfermedad tiroidea (Rojtenberg y Lorenzo, 2006).

La depresión no se manifiesta de la misma manera en hombres que en mujeres, además de que se ha cargado hacia ésta última los factores hormonales que pueden hacer presente un síndrome depresivo como en el caso de la depresión posparto, menopausia, trastorno disfórico premestrua, etc. En la mujer predomina además sintomatología psiquiátrica atípica como son el desgano, la fatiga, hipersomnias, aumento

del apetito, y de peso, además de que son frecuentes la ansiedad, irritabilidad, y los síntomas somáticos. La duración de los estados depresivos también varía de acuerdo al sexo, siendo más prolongados en la mujer por lo que aumenta el riesgo de cronicidad, recurrencia, severidad así como un mayor deterioro funcional en comparación de los hombres (Rojtenberg y Lorenzo, 2006).

En los siguientes años se va a ver incrementada la población de adultos mayores en México, un fenómeno que ya se había observado en Europa. El factor envejecimiento se tornará en problema ya que pondrá en cuestión la capacidad de los servicios médicos para responder a las necesidades y problemáticas de la población. El mismo problema se va a observar con la depresión y su incremento en el futuro. Los datos de las Encuestas Mundiales de Salud de la OMS, que abarcan a 18 países de ingresos bajos, muestran una baja cobertura del tratamiento del asma, la artritis, la angina de pecho, la diabetes y la depresión (OMS, 2008), por lo que no se podrá enfrentar adecuadamente a la depresión, teniéndose un abordaje inadecuado, que además se verá influido por las condiciones socioeconómicas del país, ya que surgirá una mayor demanda de los sectores de salud, pero una reducción en cuanto a la cantidad y calidad de los profesionistas.

En el servicio de Psiquiatría del CMN "20 de noviembre" no se pueden retener a los pacientes por mucho tiempo, debido a la demanda que se tiene, por lo que se genera un plan de acción basado en tres fases. La primera es en donde se determina el diagnóstico y el tratamiento en donde se establecen los tiempos del tratamiento y los medicamentos a utilizar, con un periodo máximo de 9 meses de acuerdo a la gravedad. La segunda fase es la de consolidación y estabilización del manejo terapéutico, en donde se pueden realizar rectificaciones diagnósticas. La tercera fase es la de remisión, en donde se plantea el egreso o bien se transfiere al paciente a su clínica de origen, para llevar un control (Valencia, 2005). Ese es el plan de acción que se propone con los pacientes, aunque no siempre se lleve a cabo de tal manera, puesto que hay algunos pacientes que pueden quedarse incluso años en el servicio, por que bien es difícil controlarles la depresión, o tienen recaídas.

4.2 Epidemiología: mundial, México, ciudad de México

El primer problema con el que nos topamos es al tratar de determinar la frecuencia con la que se presenta un trastorno mental, ya que una forma sería mediante la frecuencia en utilización de los servicios sanitarios, sin embargo, aquí se presenta un sesgo, puesto que no se obtendría la cifra real, solo 6% de pacientes con depresión va al psiquiatra, del cual 12% se niega a recibir medicación y el 20% no termina la primera prescripción (Rojtenberg y Montenegro, 2006), o si bien está viciado por el que las mujeres acuden más prontamente a los servicios y atención médica que lo que lo realizan los hombres, además de incluir el aspecto subjetivo que dificulta la epidemiología e incluso la definición de un trastorno mental, ya que de manera subjetiva una u otra persona pueda considerar que no afecta mucho en sus actividades diarias, eso sin incluir la carga social de realizar esa acción. Para poderse valorar la gravedad de un episodio depresivo se evalúan la cantidad de síntomas, el tipo, el nivel de actividad social y laboral cotidiana (Valencia, 2005), lo cual es subjetivo de acuerdo a cada persona, lo que hace más complicada la determinación de una epidemiología de los trastornos mentales, y en este caso específico de la depresión, debido a que los datos obtenidos podrían presentar un sesgo.

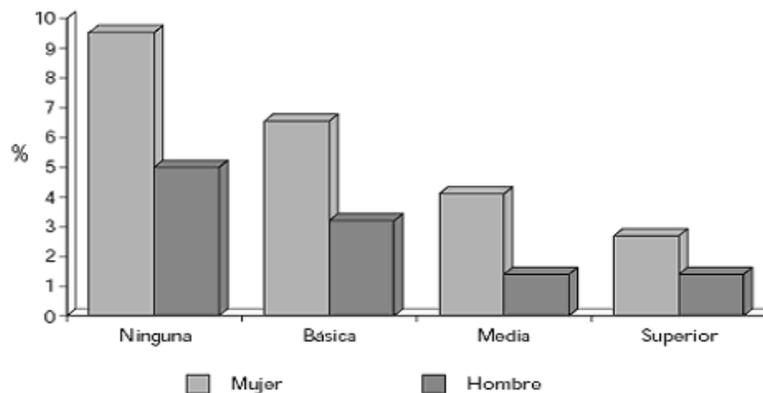
Se ha visto un desarrollo de la urbanización así como de las tecnologías, nunca se había contado con tantos recursos para la salud como ahora. La economía de la salud mundial está creciendo a un ritmo mayor que el producto interno bruto. A pesar de que ha habido una convergencia hacia una mejora de la salud en gran parte del mundo, numerosos países están quedando cada vez más rezagados o perdiendo terreno, dentro de los que se encuentra México. La brecha que existe entre un país desarrollado y potencialmente económico con un país en desarrollo cada vez se verá más engrandecida. La acelerada revolución tecnológica está multiplicando las posibilidades de mejorar la salud y transformar la cultura sanitaria en el contexto de una sociedad global más educada y en proceso de modernización (OMS, 2008), he incluso parecería paradójico que con este desarrollo los problemas sobre todo en lo que concierne a los trastornos mentales se están incrementando, las relaciones interpersonales y el vínculo con los otros se ve fracturado, en donde la tecnología ofrece servicios para incluso no

salir de casa si lo desea, llegando al punto que ya está la opción de llevar una terapia Psicológica vía Internet. Este progreso en la sociedad traerá consigo la presencia de enfermedades crónicas y no transmisibles como son la depresión, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Lo importante a considerar es que muchas enfermedades no causan directamente la muerte en un sujeto, pero si perjudican su calidad de vida alterando el bienestar en el sujeto, esto es lo que ha considerado la OMS para poder realizar un reporte de las enfermedades que aquejan a la población. Las enfermedades no transmisibles están reemplazando a las infecciosas, los accidentes de tránsito aumentarán, y las muertes asociadas al tabaquismo superarán las relacionadas con el VIH/SIDA (OMS, 2008), la cual, junto con las enfermedades perinatales y las relacionadas con la maternidad, disminuirán su tasa de incidencia en el año 2030. Caso contrario se observará en el caso de la depresión, la enfermedad isquémica del corazón, los accidentes de tráfico, la diabetes las cuales incrementarán su aparición (World Health Organization, 2004).

Los desordenes mentales se encuentran entre las 20 principales causas de incapacidad, malestar, disfunción, a nivel mundial, aunque la posición en la que se sitúan dependerá del país y su relación directa con la posición socioeconómica que tienen, ya que la distribución de las enfermedades será de manera diferente de acuerdo a que se trate de un país con un nivel de ingresos, alto, medio, o bajo (World Health Organization, 2004).

La depresión ocupa el tercer lugar a nivel mundial, de acuerdo a un estudio realizado en el 2004 con 98.7 millones de personas, ocupa el octavo lugar en los países con bajo ingreso, pero se sitúa en primer lugar en los países de medio y alto ingreso (World Health Organization, 2004). Se calcula que más de 20% de la población mundial padecerá algún trastorno del estado de ánimo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida (Belló, Puentes-Rosas, Medina-Mora y Lozano, 2005), aunque algunos reportes como es el realizado por el CMN “20 de noviembre” calculan que para el año 2010 la tasa bruta total de patología psiquiátrica ascenderá significativamente, a tal grado que 7 de cada 10 personas habrá presentado un

trastorno mental por lo menos una vez en su vida (Valencia, 2005). Los episodios depresivos además están apareciendo cada vez más temprano en cuanto edad, teniendo una prevalencia máxima en la mujer durante los años fértiles con picos en la menarca, el puerperio, y la perimenopausia, justamente los periodos de mayor vulnerabilidad social, psicológica y biológica (Rojtenberg, Lorenzo, 2006). Los trastornos mentales y en específico la depresión, son una fuente importante de pérdida de años de salud en la vida en las mujeres de 15 a 44 años (World Health Organization, 2004). La prevalencia en la depresión incrementa con la edad y disminuye al aumentar la escolaridad, (véase gráfica 1) esto de acuerdo a los datos obtenidos de la encuesta nacional de desempeño de los años 2002 al 2003.



Gráfica 1: Prevalencia de episodios depresivos según nivel de escolaridad. México 2002¹

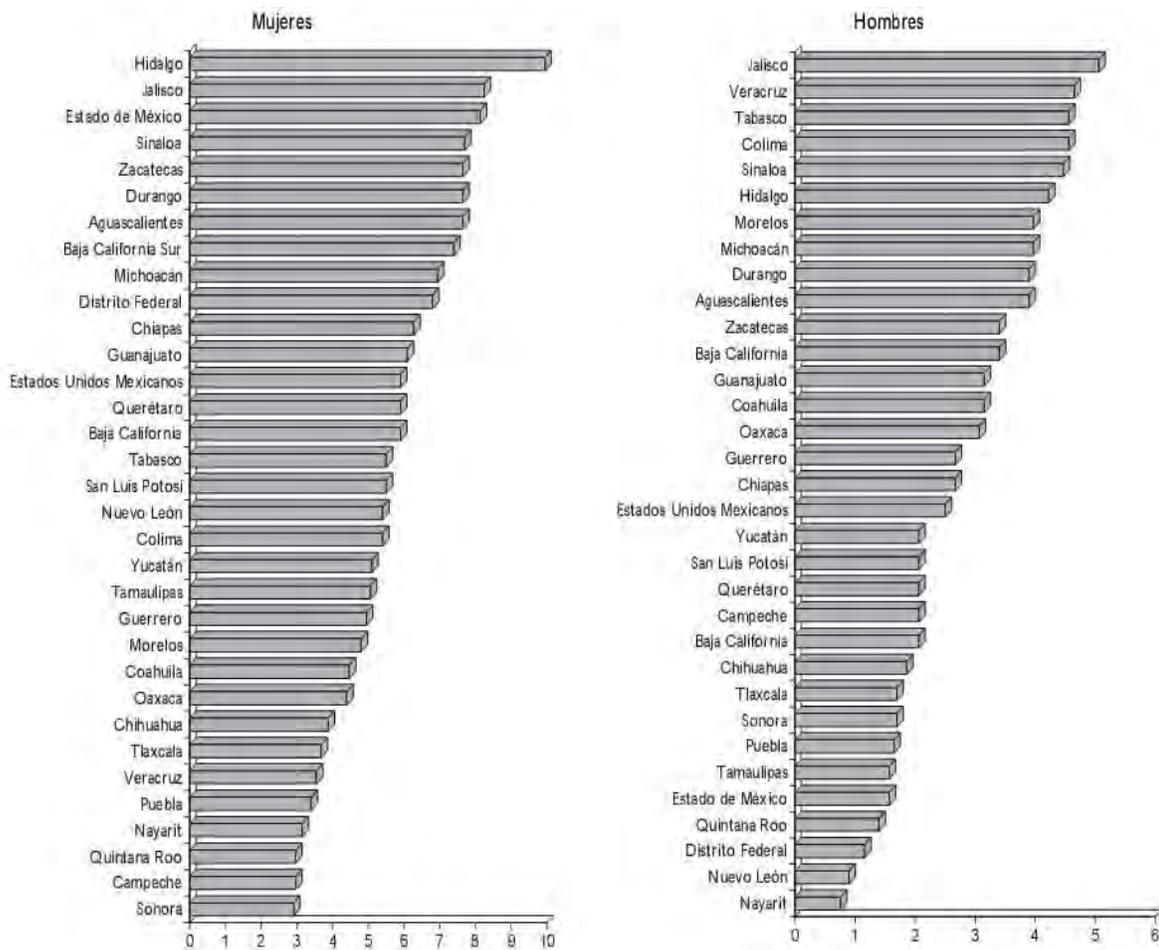
En la población mexicana, los trastornos más frecuentes en cuanto a trastorno mental, son los de ansiedad (14.3% alguna vez en la vida), seguidos por los trastornos de uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%) (Caraveo-Anduaga, Colmenares y Saldívar, 1999).

La Ciudad de México, no es el principal estado en donde se presentan los episodios depresivos, al contrario de lo que se podría pensar, (véase gráfica 2) además que se encuentran marcadas diferencias entre el sexo y la distribución en los estados de la

¹ Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M., & Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud pública de México*, 47, 4-11 Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México

República, ya que por ejemplo, la aparición de episodios depresivos en los hombres ocupa uno de los últimos lugares en el caso del Distrito Federal, sin embargo, habría de considerarse las estadísticas referente al abuso del alcohol y sustancias por ejemplo, que podría ser una forma de manifestación de los episodios depresivos en los hombres.

La disfunción, malestar e incapacidad que manifiesta el sujeto deprimido, llega a ser incluso 50% más elevado en mujeres que en hombres, lo cual también se observa en los desordenes de ansiedad, migraña, alzheimer y otras demencias. En lo que se refiere a los hombres, ellos manifiestan una interferencia en su bienestar mayor en padecimientos relacionados al alcohol y las drogas (World Health Organization, 2004).



Gráfica 2: Prevalencia de episodios depresivos según entidad de residencia. México 2002²

² Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M., & Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud pública de México*, 47, 4-11

La muestra del grupo A fue tomada del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE, que se fundó en el año 1962 y que hasta el año 2001 han proporcionado 8,096,370 consultas a pacientes de primera vez. 2,214,253 de consultas fueron proporcionadas a pacientes con patología médica no quirúrgica. 254,951 fueron atendidos por el servicio de Psiquiatría, lo cual representa el 11% del total de padecimientos no quirúrgicos (Valencia, 2005). Los trastornos del estado de ánimo figuraron como la primera causa de consulta, con un 34%, tanto en lo que respecta a la consulta externa como a la interconsulta solicitada, lo que significa que uno de cada 3 pacientes que acude al servicio de Psiquiatría presentan trastornos del estado de ánimo, dentro de los cuales, en primer lugar se encuentra la depresión, seguida por el trastorno distímico, la segunda causa de consulta se debe a los trastornos adaptativos, en tercer lugar los trastornos ansiedad, en cuarto lugar se encuentra el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y por último los trastornos de la personalidad ocupan el quinto lugar con un 5% (Valencia, 2005). En cuanto al requerimiento de interconsultas, el servicio de oncología fue el servicio que más solicitó el apoyo de Psiquiatría con un 26%, para propósitos de esta tesis no se consideraron en esta muestra comorbilidad con cáncer o eventos vasculares, descartando, demencia, parkinson, esclerosis múltiple, etc.

En cuanto a las interconsultas solicitadas a todos los servicios en el Centro Médico Nacional “20 de noviembre”, el primer lugar de atención lo ocupa la patología alérgica con 328.897 consultas que corresponde al 15% del total de interconsultas solicitadas, en segundo lugar lo ocupa el servicio de reumatología con 258.702 consultas (12.6 %), la consulta psiquiátrica ocupa el tercer lugar con 254.951 (12%), la atención endocrinológica ocupa un cuarto lugar con 243535 consultas (11.2%) y en quinto lugar se encuentra la atención de Cardiología con 217950 consultas 9.9% (Valencia, 2005).

METODOLOGÍA

Diseño

Para la presente investigación se aplicaron seis instrumentos para explorar las áreas intelectual, emocional y de autoimagen. Las aplicaciones se efectuaron individualmente a manera de estudio de caso, se realizó una integración de instrumentos psicológicos, para posteriormente hacer una comparación entre los grupos estudiados.

- *Instrumento I entrevista clínica:* mediante la cual se obtienen los datos filiales del sujeto, organizados a manera de familiograma. Así mismo se obtiene la impresión diagnóstica de cada sujeto.
- *Instrumento II: Test de Matrices Progresivas. Raven:* se utilizó un instrumento para medir la inteligencia ya que en toda integración de estudios debe de haber una valoración de la misma. En esta muestra se evaluó a mujeres que llegaron al nivel universitario o equivalente, podría suponerse que todas ellas poseen un nivel de inteligencia superior, sin embargo, con esta medición se pretende obtener un panorama de cómo cada persona utiliza la inteligencia, ya que ésta es la capacidad que tiene el hombre de manipular el mundo con mejor éxito mediante la ayuda de las ideas (Fromm, 1956). Así mismo, se puede valorar como un conflicto a nivel afectivo puede dañar otras áreas en el individuo como el caso de la inteligencia. Se escogió específicamente el Test de Raven por que muestra ser una prueba con confiabilidad y validez aceptable, además de ser práctica ya que no se requiere mucho tiempo para su aplicación ni de materiales especiales, que en el caso de las participantes de este estudio en donde se aplicaron otras pruebas, además de tratarse, en el caso del grupo A de pacientes hospitalarios, estas características se vuelven importantes.
- *Instrumento III Autobiografía como técnica proyectiva:* mediante esta técnica se pretenden evaluar los conflictos que se presentan en el sujeto, la autobiografía destaca lo socialmente aceptable (Cobs, 1947, citado en McClelland, 1989).

- *Instrumento IV: Test de Apercepción Temática:* mediante esta prueba se pretende valorar la estructura motivacional de los sujetos, abordando los tipos socialmente inaceptados y violentos de motivación (Cobs, 1947, citado en McClelland, 1989). Se aplicaron 7 láminas del TAT, escogidas de acuerdo a los intereses del estudio basado en las dimensiones evaluadas por cada lámina según el manual del test. Las láminas utilizadas son: lámina 1, el chico del violín, que explora el área del deber, sometimiento, rebelión, las aspiraciones, expectativa, ambiciones, frustración, ideal del yo, actitud frente al deber e imagen de los padres. Lámina 5 Mujer de edad en la puerta: que explora la imagen de la madre, ya sea protectora vigilante, castradora, etc. Lámina 8NM Mujer pensativa, con los cuales se puede considerar los problemas actuales en las que se encuentra el sujeto, así como la fantasía. Lámina 12M La celestina, la cual explora la relación madre-hija. Lámina 15 En el Cementerio, la cual evalúa los pensamientos de muerte, culpa y castigo. Lámina 16 Lámina en blanco, con esta se explora la relación transferencial en la situación de prueba así como el Ideal del yo, las expectativas y las aspiraciones. Lámina 17 NM: El puente, la cual explora la frustración, depresión, autocastigo, y suicidio.
- *Instrumento V: Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI-2:* con este test, se obtiene de manera objetiva y estandarizada un perfil diagnóstico de las sujetas participantes en la muestra.
- *Instrumento VI: Test de Hamilton para la evaluación de la depresión:* la depresión, es una de las variables de interés en esta investigación, por lo que mediante este test realizado de manera breve, se puede valorar dicha dimensión aislada de otros factores.

Preguntas de investigación

¿La proclividad a la depresión guarda una relación intercurrente con el conflicto divalente de una mujer adulta y su figura materna?

Variables y dimensiones

- *Variable Dependiente:* Depresión
- *Variable Independiente:* Conflicto divalente
- *Variable Contextual:* Estructura básica de los Motivos

Definición operacional:

- *Depresión:* Las mujeres del grupo A, se encuentran diagnosticadas previamente de acuerdo a los lineamientos del DSM-IV, esto corresponde además con las puntuaciones altas obtenidas en el MMPI y en la Escala de Hamilton para la evaluación de la depresión.
- *Conflicto divalente:* Se explora con la Autobiografía como técnica proyectiva, con el Test de Apercepción Temática y la entrevista clínica.
- *Estructura motivacional:* Se valora a través del Test de Apercepción Temática y la entrevista clínica

Definición Constitutiva:

- *Depresión:* Desde el enfoque Psiquiátrico, se considera un diagnóstico perteneciente a los trastornos del estado de ánimo, aquellos que cumplan con los criterios diagnósticos del DSM-IV. Desde el enfoque Psicodinámico se considera a la depresión como un síntoma como formación de compromiso ante alguna problemática subyacente.
- *Conflicto Divalente:* Surge cuando se mantiene una división mediante conductas defensivas de elementos que coexisten en conflicto. Las fuerzas motivacionales se encuentran en desequilibrio ya que son contradictorias o incompatibles y no se reconocen sino que están reprimidas. Se trata de dos valencias del mismo tipo en donde la parte negativa es proyectada.

Muestra y sujetos participantes

La muestra se integró por 26 mujeres cuya edad oscila entre los 30 a 44 años, se escogió este rango de edad, puesto que se trataron de aislar otros inconvenientes que podrían viciar los resultados de la investigación, como es la entrada al periodo

menopáusico, además en este momento las mujeres se encuentran en una etapa madura, con el supuesto de que se han realizado en sus vidas, son profesionistas y cuentan con un trabajo propio, además de que han formado una familia. Se establecieron condiciones previas como inclusión en los sujetos evaluados, como son el rango de edad establecido, un nivel neurótico de sintomatología Psiquiátrica, nivel académico de licenciatura, carrera técnica, trunca o posterior, que se encuentren o hayan sido independientes económicamente, que hayan estado casadas o en unión libre, con hijos.

Grupo A:

Mujeres de 30 a 44 años, deprimidas, vistas en el Servicio de Psiquiatría, presentan comorbilidad con otras enfermedades, por lo que también son tratadas con fármacos de otros servicios. Como factores de exclusión en la muestra se encuentra la depresión orgánica y el trastorno bipolar. Este grupo está compuesto por 13 mujeres diagnosticadas psiquiátricamente.

Grupo B:

Mujeres de 30 a 44 años, que no sean o hayan sido vistas por parte de Psicólogos o Psiquiatras, bajo ningún tratamiento psiquiátrico. Este grupo está compuesto por 13 mujeres.

Contexto y escenarios

Para el grupo A, el escenario fue el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, perteneciente al ISSSTE, en el servicio de Psiquiatría y Psicología, consulta externa, dicho servicio corresponde al tercer nivel de atención en el cual deben resolverse los problemas de salud de 5% de los derechohabientes. Se llega a este nivel cuando el paciente presenta enfermedades poco comunes y de difícil resolución. La realización de entrevista y la aplicación de Instrumentos se llevaron a cabo en un consultorio privado, suficientemente iluminado, libre de distractores. Se acuerdan las citas dependiendo de caso por caso, como parte complementaria de su tratamiento psiquiátrico. Para el grupo

B, las aplicaciones se realizan bajo las mismas condiciones pero se adecuaron a los lugares de trabajo o bien al lugar de residencia de las sujetos.

Estrategia o procedimiento

- *Situación A:* El grupo A cuenta con una línea base, la cual consiste en que los sujetos cuentan con una historia clínica Psiquiátrica y se encuentran diagnosticadas de acuerdo al DSM-IV, además de estar bajo tratamiento farmacológico no solo del servicio de Psiquiatría sino de otras especialidades.
- *Situación B:* Estudio de caso que consiste en la entrevista semiestructurada (véase anexo 1) y la aplicación de Instrumentos de evaluación Psicológica.

Para la interpretación de la autobiografía se manejó la técnica de Portuondo (1970). Para el análisis de la entrevista, así como de la autobiografía se integró la información en un cuadro, en donde se maneja las técnicas de diversos autores a considerar: Sullivan (1974), Díaz Portillo (2004) y Bleger (1983). Durante la aplicación de la entrevista también se obtuvo el familiograma y el examen mental, (véase anexo 2) el cual se basó en el formato del DSM IV (López-Ibor, 2001; Othmer, 2003). Para la interpretación de las láminas del TAT se utilizó el sistema de calificación de Bellak (2000). (véase anexo 3).

Instrumentos:

- *Instrumento I:* Entrevista clínica, de donde se obtiene el examen mental, el Familiograma y la impresión diagnóstica de cada sujeto.
- *Instrumento II:* Test de Matrices Progresivas. Raven
- *Instrumento III:* Autobiografía como técnica proyectiva
- *Instrumento IV:* Test de Apercepción Temática. (TAT)
- *Instrumento V:* Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-2)
- *Instrumento VI:* Test de Hamilton para la evaluación de la depresión

ANÁLISIS INTERPRETATIVO DE RESULTADOS

- **INSTRUMENTO I y III: Análisis de la entrevista clínica y Autobiografía**

En las siguientes tablas se encuentra integrados los datos obtenidos en el grupo A mediante la entrevista clínica y la autobiografía. Las categorías incluidas son las siguientes: entorno socioeconómico, entorno cultural, valores, modos de comportamiento, sentimientos, experiencias, fantasías y/o deseos, autoconcepto, intereses, hábitos, normas, metas, familia, historia académica, relaciones interpersonales, historia amorosa, antecedentes patológicos, temores reales o irrazonables e infancia. El contenido que se encuentra subrayado dentro de las diferentes tablas corresponde a la información obtenida a través de la autobiografía.

Tabla 1 integración de la información obtenida en el *grupo A* en la entrevista clínica y la autobiografía, categorías: entorno socioeconómico, cultural y valores

Sujeto	Entorno socioeconómico	Entorno cultural	Valores
1		Grupos religiosos, abandono de los estudios, y el querer cultivarse a través de la lectura	Conflicto entre su forma de ser y realizar proyectos religiosos, no es ético, ideal del yo, en lucha con lo que ella es, no concuerda. Culpa
2	Ella toma el lugar de su madre	Padre ausente, su madre siempre apoyó a su hija la menor	
3			
4			
5	Padre ausente afectivamente, solo se es proveedor	Al igual que con su padre, lo importante eran las calificaciones, se siente desprotegida emocionalmente por sus profesoras, ella se vuelve educadora	Valores tradicionales, ella debe cuidar a los menores, lo mismo asume ama de casa tradicional, con su marido.
6		El ámbito escolar siempre fue muy importante	
7	Su padre era el que le hacía que ella estudiara, como superyó, ella no tiene autonomía, al morir su papá trabaja y ahora está endeudada.		Valores familiares tradicionales, su hermana muere por pena de que el médico la revise.

8	Madre ideal del yo, trabajar para vivir, además de hacer actividades que ayuden a la gente, ella ahora realiza actividades similares, madre le quita el dinero, hasta que al rebelarse la corre	Se casa con el primer pretendiente, por presiones sociales, y por salirse de su casa, su esposo solo llega a segundo de primaria el cual le prohíbe seguir estudiando, padres analfabetas, ella estudia, ideal del yo	el matrimonio es para siempre y hay que cargar la cruz, por eso dice no divorciarse
9	Adjudica a los problemas sintomatológicos su incapacidad para trabajar		
10	En el matrimonio ella es la que contribuye económicamente		Fuertes creencias religiosas, se cría con religiosas.
11	Padre desobligado, la madre es la que se hace cargo, viven del dinero de los abuelos, familia muégano		
12	Problemas económicos le impiden estudiar la carrera de su elección Madre chantajista con el dinero se siguen sus normas		Se vuelca a su hija descuidando el aspecto personal, ella a cargo de sus hermanos, en familia nuclear
13	<u>Se casa sin conocer a su esposo, ella es el aporte económico, matrimonio con carencias</u>		

Tabla 2 integración de la información obtenida en el grupo A en la entrevista clínica y la autobiografía, categorías: modos de comportamiento, sentimientos, experiencias

Sujeto	Modos de comportamiento	Sentimientos	Experiencias
1	Evasión rencorosa, termina tajante las relaciones, aversión al rechazo, vengativa, compensación en la fantasía (fantasea que maltrata a sus seres queridos), relaciones compensatorias (amigos por familiares), dependencia hacia las personas, no asume su rol de madre, aprensión hacia las personas, arrepentimiento, intolerante a la frustración, no hay un autocontrol, agresión física y verbal, manipulación, chantaje, sabotaje, imposibilidad para terminar las cosas empezadas, aislamiento, <u>necesita a alguien que le diga que hacer</u>	Depresión, control fuera del sujeto y del medicamento, ideas suicidas, llanto Inseguridad, crisis de ansiedad, angustia Culpa, desesperación Frustración (no sentir una vida placentera) No sentirse limpia Sentirse utilizada Miedo al abandono Dolor <u>Inestabilidad,</u> <u>Ira</u>	Ser maestra Ser madre Viajar Conocer gente extranjera Nacimiento de su hijo <u>No quiere entrar a su casa, está oscura, (la mamá la encerraba de niña, hacia rabetas cuando la encerraban en lo oscuro, la asfixia)</u>

2	Dependencia, aprensiva, ganancia secundaria de la enfermedad ya que la familia nuclear la acoge, adolescencia: se rebela ante los mandatos maternos, pasiva, sumisa, poco asertiva, explosión agresiva, autosabotaje, intolerancia a la frustración, depresión	No expresa sus sentimientos, en lugar de eso llora	Su madre muere en sus brazos, conflicto divalente, la odia, pero la elige a ella entre los hermanos para morir. Abuso sexual a los 12 años, por parte del hermano, (lo dice en la pregunta: <i>como se percibe a sí misma</i>), se casa embarazada, siente no haber disfrutado muchas cosas, frustración.
3	Sometimiento Compensación en la fantasía Busca medios inadecuados para desplazar su hostilidad hacia el marido Constreñida Amenaza, grita, conductas infantiles, cuando pelea con el marido se espanta, no puede dormir, se muestra insegura		<u>Tres años de crisis, intentó suicidarse 3 veces, habla de ellas en tiempo pasado, como algo ya superado.</u>
4	Destruir lo propio al enojarse Al tener peleas maritales se iba a vivir con su mamá, rebelde en la adolescencia, aprensiva con sus hijos, aislamiento, busca contención en: el centro médico, psiquiatra, terapeuta, en hospital Fray Bernardino, depresión	<u>Cuando se deprime todo lo que logró en semanas se viene abajo</u> <u>Se culpa por lo que pasa y por no poder cambiar las cosas</u>	Intento de suicidio dos veces, con medicamentos, primer intento antes de tener a su hijos, a los 17 años, ninguna actividad fuera de la casa, se excusa no poder hacerlo por tener que cuidar a su hijo menor. La segunda vez, hace 3 años, fue después de firmar el acta de divorcio, se sentía angustiada, deprimida, prefería estar en el Hospital que en su casa
5	Autosabotaje, no realiza las cosas que quiere Conflicto entre intereses, por un lado la familia y por la otra el desarrollo profesional.	Frustrada. Enojo con la madre por tolerar circunstancias al padre Siempre irritable, grita, se impacienta, se enoja, con sus hijos, después autorreproche	Traicionada por sus amigas, no es lo que ella esperaba, culpa por perder a su hija, malas experiencias sociales, tanto en el trabajo como en la escuela, <u>lugar de pocos recursos, ahí conoce a su esposo</u>
6	Sometimiento ante lo dictado Sumisa, inseguridad, dependencia	Culpa Autorreproche	<u>Se embaraza antes de entrar a la preparatoria</u>

7	<p>Ella se separa a su familia por culpa, desmerita, auto rechazo. Culpa por no haberse despedido de su padre Hijos cómplices del papá Perspicaz, evitativa Compensación en la fantasía, creyendo que tiene sueños premonitorios y confiando los sucesos a Dios o al destino Huida, sin embargo no se muestra pasiva</p>	<p>La vida es cruel, (probablemente siente que la castiga) Sin ganas de hacer actividades recreativas. Baja autoestima, ya no importaría si ahorita se muere puesto que ya no le hace falta a nadie. No tiene bienestar Miedo a estar encerrada (boca seca, angustia, manos frías), probable miedo a morir o a que algo le pase</p>	<p>Disfunción familiar, su madrastra la corre al embarazarse, su madre no la deja entrar cuando su padre fallece. Primo de suicida Le tocó estar con su hermana cuando murió Disfunción con compañeros de trabajo, disfunción con sus hijos, prefieren al padre aunque sea maltratador e irresponsable</p>
8	<p>Huida, se casa por que no quiere regresar a su casa Huida de su familia, la hacen recordar Se satura con trabajo para no pensar Se rebela y se va de la casa, pero se casa</p>	<p>Rencor y obligación de darle dinero a su madre (ambivalencia de sentimientos) Se apresuró a casarse Tristeza, ansiedad Carácter igual al de su mamá Arrepentida, culpa, autorreproches, algo la ata a su pasado que no la deja crecer ni ser feliz Estaba llena de odio hacia su padre</p>	<p>Evasión en la comida, llegó a pesar 110 kg, en consecuencia perder su autoestima</p>
9	<p>Pone una tienda floral, para sentirse útil. Indiferencia, disociación, evasión, represión. (enfermedad, infidelidad) Miente</p>	<p>Cuando recién la pensionan se deprimió Lábil, llora todo el tiempo durante las aplicaciones Apreensiva</p>	<p>Contacto con pacientes de diagnósticos desconocidos, se pincha con una lanceta. Meses después presenta un dolor muy fuerte, como un infarto, dolor que molestaba para hablar, respirar, gritar, despierta en urgencias, a partir de ahí le dan múltiples diagnósticos (esclerosis múltiple, síndrome de Barret, fractura de costilla, tromboembolia pulmonar, cáncer, hepatitis) luego pierde la vista, sigue decayendo, no puede caminar, mayor problema con el lado izquierdo, le dan esteroides y se recupera. Violación a los 10 años, a ella y a su hermana por la misma persona, un familiar.</p>

10	Pasiva, deja en manos del destino, no externa ningún deseo, lo que vive ahora es lo que disfruta, sin proyección a futuro, aprensiva en su actual relación. Muy efusiva y maniaca, al contrario de cómo anteriormente se observó deprimida	Le gusta vivir la vida intensamente Muy agradecida con la vida, la vida es hoy	Mayor adquisición haberse ganado el amor de las personas, dependencia <u>Marcaron su vida para su crecimiento:</u> <u>Neurosis de su mamá.</u> <u>Alcoholismo de su papá, se recuperó</u>
11	Solucionar problemas discutiendo, gritando, reacción en cadena. Madre autoritaria, impositiva, ella realiza este comportamiento en su trabajo Controladora, le cuesta delegar el trabajo a las otras personas	Esposo dependiente, ella se hace cargo, le ha costado cambiar los patrones de conducta instaurados por su madre a su hija	El nacimiento de su hija Conocer a su esposo que era diferente a todos los demás Su primer trabajo Estudiar enfermería <u>Su hija le cambió la existencia</u>
12	Evasión en su hija, deja de lado a la mujer, y a su esposo. A raíz de la separación con su esposo vuelve a inhalar thiner (segunda recaída después de 20 años), lo mismo sucede cuando pierde a un primo. Cuando se separa de su pareja regresa a la casa de la madre, Dependiente, Aislamiento Agresiva, hostil, opositorista, negativa Controladora, Frustración, no le gusta su trabajo ni su vocación.	Descuido personal, rencor hacia su expareja, se siente traicionada y engañada Autorreproches Su vida gira alrededor de su hija, la cual está enferma y necesita más cuidados	La nueva pareja de su esposo la molesta, ella no pone límites, se evade inhalando barniz Experiencia significativa su matrimonio y su embarazo
13	Reservada. Lábil, llanto frecuente, madre con poco apoyo emocional, la veía y no le decía nada Evasión en el alcohol en su adolescencia, primero con primos y luego con personas	Culpa Soledad Su madre se preocupa más por sus hermanos que por ella Deprimida Frustrada Cansada, evasión durmiendo Sin ganas de nada <u>Deprimida por tener una familia disfuncional</u>	Aborta hace 20 años, relación casual con un chico, la madre le pega, la regaña y la lleva a abortar, al llegar a la casa no se vuelve a tocar el tema, nunca le reclama ni le pregunta. <u>Relaciones con hombres casuales, se embaraza o contrae ITS, su madre la reprende golpeándola y llevándola a atenderse médicamente</u>

Tabla 3 integración de la información obtenida en el grupo A en la entrevista clínica y la autobiografía, categorías: fantasías/deseos, autoconcepto, intereses

Sujeto	Fantasías/Deseos	Autoconcepto	Intereses
1	Pesadillas (soñar que es violada. Destruir a familia y ex-esposo, golpearlos, mutilarlos, matar, ser golpeada (necesidad de castigo, hostilidad reprimida), sobre todo hacerle daño a la madre. Su hijo tiene una matrimonio arreglado con una niña nacida en las mismas circunstancias. Le dice a su hijo que su padre está muerto Ser pequeña, no tener límites, desea ser protegida Los demás desean su muerte (ansiedades paranoides)	Frustrada, desconfiada, miedo a ser traicionada, déspota, insegura, desvalida, obesa, marchita, <u>corazón lastimado, ha sufrido una pena muy grande, siente lástima de si misma, violenta, sequedad en su alma, comparado con la abundancia en la niñez, compulsiva (depresiva, compradora, comedora), irreflexiva</u>	Contacto con la naturaleza, rancho de su abuela, animales
2	Añoranza en la familia que tenía antes	Sensible, insegura, cautelosa, miedosa, retraída (incluso con su familia), ordenada, irritable, enojona, exageradamente exigente, perfeccionista, perezosa, constreñida, agresiva <u>Chaparrita, morena, algo bonita, linda, trabajadora, leal</u> Su madre le decía que era una cochina, desordenada, los comentarios positivos iban dirigidos hacia su hermana menor: ordenada, limpia, inteligente, buena, obediente.	No le importa hacer nada Recuperar a la familia que tenía antes Estar sana
3	Encontrar a un hombre grandote que le pueda poner su merecido a su esposo	No le gusta preocuparse por cosas que aún no están cerca Tolerante, voluble, original, controladora, malas relaciones de amistad, poca tolerancia a las contradicciones y la frustración, dependiente.	Tener amigos Hacer ejercicio
4	Miedo al padre, amenaza con matar a su madre Con sus hijos reprimía y exigía demasiado	Codependiente Se demerita, se auto descalifica Tranquila Autoritaria	Estar en su casa leyendo algún libro
5		Insegura, sincera, cuando no lo es se siente culpable (ideal del yo fuerte), no se sabe expresar cuando algo le molesta (sumisa, poco asertiva), enojona, sencilla, siente que los demás la consideran tonta , no le reconocen a pesar de dar todo de ella (culpa, se demerita)	Le irrita el trabajo de casa, (interfiere con su bienestar), desplaza los problemas de salud de su esposo (represión) <u>Ser una buena maestra de preescolar, no para destacar entre sus compañeras (después de tener malos maestros se convirtió en una)</u>

6	Hacer otra cosa	Gritona como su mamá Siempre cumple con aquello que tiene que cumplir (superyó, ideal del yo), irritante, sobreprotectora con sus hijos (repite patrones)	Le gustaría hacer otras cosas que ir paseando y levando a sus hijos Muchas cosas por hacer (se siente estancada)
7	Antes trabajaba en el área de delitos sexuales, por eso viaja en el metro con zapato bajo y "fodonga", (fantasía de ser violada) Cree mucho en Dios, no pasa nada sin voluntad de Dios. Su pareja actual y ella compartieron muchos espacios pero nunca se conocieron, por cuestiones del destino	Ingenua, aprensiva con la gente, la terminan lastimando, muy enojona, terca, controladora, intolerancia a la frustración	
8		Antes era muy explosiva, irritable, a la defensiva, igual que su hermana, muy buena, trata de ayudar a los que la necesitan (culpa, superyó, ideal del yo), independiente desde niña	Apoyo voluntario para el gobierno, trabajo comunitario (como su madre), ella es la cabeza de familia económicamente.
9	<i>Lapsus</i> : "vamos a seguirla paralizándolo" (síntoma histérico)	Buena mujer, atenta con todos los demás, independiente (ideal del yo)	Estar con sus hijos Que le den un diagnóstico
10		Tranquila, afectuosa, comprometida Ella tiene la parte alegre de su papá y la parte responsable de su mamá (ideal del yo)	<u>Continuo trabajo para armonizar la relación con su madre para que no rebase los límites del respeto</u>
11		Sociable, explosiva, cree que los que no la conocen la ven como enojona, neurótica, <u>la operación del by pass gástrico le ha permitido recuperar autoestima</u>	
12	Le guarda rencor a su ex – pareja, es el obstáculo para su bienestar El inhalar thinner como autocastigo (culpa)	Mamá regañona (ante sus hermanos, ya que estuvieron a su cuidado), agresiva, explosiva, aislada, sin relaciones significativas de amistad <u>Persona con muy pocas cualidades y muchos defectos, obsesiva con el orden, pobre autoconcepto, (autorreproche, culpa)</u>	El desempeño en su trabajo decae, se siente inútil, tonta, en su antiguo trabajo era muy absorbente y ella era feliz (evasión en el trabajo, frustración en el trabajo)
13	Sobreprotectora con su hijo, desea morir, lo medita en su fantasía, hijo no nacido, <u>autorreproches, piensa que va a morir, a causa del soplo, así que empieza a fumar y tomar y a tener relaciones pasajeras y amigos malos alumnos</u>	La más alegre de su familia Cariñosa con su mamá Solidaria con su familia Rencorosa, poca tolerancia a la frustración,	Ya no le dan ganas de realizar las actividades de su trabajo Viajar a la playa

Tabla 4 integración de la información obtenida en el grupo A en la entrevista clínica y la autobiografía, categorías: hábitos, normas, metas

Sujeto	Hábitos	Normas	Metas
1	Cerrar el botón con seguro al dormir. No dormir con nadie (ni con mujeres), depresiones por las noches, ritual para ésta: hacer comida, lavar para varios días, no bañarse, no salir	Su madre la reprimía, ella era una niña enfermiza	Ninguna. No llevar a su hijo a la escuela. <u>Sin sentido de la vida. Pérdida de estabilidad emocional que no le permite tener proyectos</u>
2	No sale a ningún lugar espontáneamente, mucho cuidado en la ropa de su hijo, esposo y el quehacer, ordenada, obsesiva.		Más trabajo, comprar un coche, seguir estudiando, cambiar de trabajo
3			No siente que le haga falta nada emocional, ser una buena madre (represión)
4	Le gusta estar sola Antes los fines de semana le dolía la cabeza por que se estresaba de que su marido iba a llegar tomado a pelear		Conseguir una vivienda Dejar a su esposo dentro de ella, en el pasado Independizarse de él
5	La responsabilidad de la mayor es cuidar a los pequeños, violencia en su educación. <u>Ella es la única responsable del cuidado de su hija</u>		Estudiar para ser una mejor persona, ser una buena mujer, ser una buena educadora (ideal del yo)
6		Madre sobreprotectora con sus hijos	No hace metas, cuando va a hacer algo lo hace (sin proyección al futuro)
7	Obsesiva con el orden, claustrofobia.		Antes quería estudiar, intentó hacer la universidad varias veces
8	Hermano adicto a las drogas, preso en el Cerezo, evasión en el trabajo, si no se muestra lábil, antes se asilaba.	Su esposo le prohíbe tener amistades, ella se rebela	Retomar sus estudios
9			Su lugar siempre fue en una clínica atendiendo clientes, no se imaginó estar en una tienda esperando a un cliente (frustración)
10			Estudiar una maestría Disfrutar los cambios en los procesos de sus hijas, vivir con su pareja
11	Si se sienta a comer debe de ser con la gente que le gusta estar, con grupos compactos, para sentirse cómoda (tuvo obesidad mórbida, asociación de comida con el afecto)	Su madre es la que reparte el dinero de todos (dependencia a la madre)Se le da el dinero de todos los que trabajan a la madre y ella es la que reparte, <u>matriarcado, siempre la cabeza de la familia es una mujer</u>	Mantener su matrimonio, apoyar a su hija, mantenerse con buena salud para que su hija esté bien, estudiar un diplomado

12	Dedicarse a ver televisión o escuchar discos hasta dormirse, no sale a ningún lado, no se arreglaba por que no había la necesidad, alimentación sin control (actitudes aislamiento), trata de cambiarlo actualmente	Madre frustradora y que reprime, no la dejaba salir nunca, actualmente sigue las normas de su madre, por que viven juntas, esto no cambió cuando ella tenía una casa propia, sin oportunidad para el diálogo, a los padres no se les juzga	Ver a su hija grande, no inhalar barniz, tener una vida más sana. No contempla la posibilidad de tener una nueva pareja ni de volver a ser mamá o mujer, hasta que ella esté bien
13	La madre quiere que en su casa esté todo ordenado, limpio		Tener una casa propia (desde hace 8 años lo busca), vive en casa de su mamá (dependencia)

Tabla 5 integración de la información obtenida en el grupo A en la entrevista clínica y la autobiografía, categorías: familia, historia académica, relaciones interpersonales

Sujeto	Familia	Historia académica	Relaciones interpersonales
1	Rechaza a su hijo, niega a su familia, problemas con ellos, los odia, sobre todo a la madre, la cual siempre dice algo desaprobatorio, sobre su alimentación, la única relación de soporte se da con la abuela, problemas con sus propios hijos, dependiente, quiere que su hijo sea una prolongación de ella, sin límites, niño agresivo	Abandona sus estudios profesionales por la depresión	Problemas con el contacto con la gente, aislamiento, miedo al confrontar a las personas, <u>detesta la gente obsesa (alimentación,- cariño, ella se considera obesa), se atraganta con la comida y presenta remordimientos</u>
2	Demasiados hermanos, la apoyan a partir de sus intentos de suicidio, mala relación con la madre, siempre las comparó a su hermana menor y a ella (supuestamente las dos tienen la misma profesión) Adolescencia: rebeldía hacia la madre, peleas constantes, roce agresivo, madre: agresiva, golpeadora, relación "irónica" con la madre (divalente) ella murió en sus brazos y le dolió mucho, padre ausente hasta que ella tiene a su hijo, solo proveedor, ella asume el lugar de su mamá al morir en cuanto a gastos y cuidados <u>Grita con frecuencia a su hijo cuando no hace las cosas correctas</u> <u>Ama a su hijo más que a sí misma</u>	Mal rendimiento escolar, comparación con hermana menor, problemas con la mamá	Su madre le decía que no tuviera amigos, ni novios ella se rebelaba en la adolescencia, sin embargo en la actualidad "casi no" tiene amigos

3	Padres separados, el único al que frecuenta es a su papá, se lleva bien con sus hijos aunque la agobian a veces	Su trabajo le gusta aunque a veces es cansado	Aislamiento, la gente le rehúye <u>No ha logrado tener una amiga sincera</u>
4	Mucha fricción con hermana mayor, relación cordial, padres divorciados, dependencia emocional a la madre, padre en la cárcel debido a abuso sexual a su hija a los 9 años, con la madre se siente muy protegida, le debe muchas cosas, al principio se sentía dolida, se rebelaba, no quería que estudiara enfermería, (como ella) y sin embargo lo hizo, ahora la comprende (conflicto divalente), sobreprotectora <u>Odio y rencor hacia su padre, en lugar de ser protector destruyó su infancia, se arrepiente a veces de tener hijos por no saber si es buena madre/buena hija/buena esposa</u>	Estudia enfermería como su madre a pesar de que ésta no quería que lo hiciera	No muchos amigos Psiquiatra relación de apoyo muy importante, Opinión de una terapeuta muy importante para cambiar su vida
5	Familia extensa, la atención no era la adecuada, mala relación con los padres, pleitos, mala comunicación, padre alcohólico	<u>No le gustaba la escuela primaria</u> <u>Sus maestros no le ponían atención, solo era importante obtener buenas calificaciones.</u> <u>Preparatoria: de nuevo insatisfecha con la enseñanza y con los amigos</u>	Casi no tiene amigos, no realiza alguna actividad aparte de las domésticas, se crean malos entendidos (con la gente, (ansiedades paranoides))
6	Problemas con familia nuclear, madre inquisitiva en su vida, padre alcohólico desde hace dos años. Chivo expiatorio: es la que se ha peleado con todos	Ella es maestra al igual que sus padres (ideal del yo), reprueba algunas materias en la secundaria	No hay relaciones afectivas profundas como los de la Universidad, no realiza ninguna actividad a parte de las labores domésticas
7	Demasiados hermanos, que en realidad <u>son medios hermanos</u> , con mucha diferencia de edad, mala relación, padre muy estricto, formación en colegio militar, pero mantenía unida a la familia, separada de su mamá casi 10 años, no conoció a sus hijos, muere peleada con ella, y espera que la haya perdonado (culpa) <u>Su papá se casó dos veces ella es hija de su primera esposa , aunque la crianza fue con la segunda esposa</u> Cuando se embaraza pareciera fungir el papel de intruso en la familia, la rechaza	Estudió hasta un año de universidad, relaciones internacionales, padre muy exigente con la escuela, si él no hubiera muerto ella hubiera seguido estudiando (superyó en el padre)	Una amiga significativa, los amigos la traicionan, la desilusionan, no son francos, engañan y ella cree, fricciones con compañeras de trabajo, no le hace favores a la gente aunque los trata bien (no hay interés social genuino, ansiedades paranoides)

8	<p>Familia compuesta, no hay buena relación con familia nuclear. La madre era la que mantenía la unión familiar, , padre biológico lo conoce hace 6 años, la madre la coloca en el lugar de chivo expiatorio, la culpa, chantajea, le exige dinero a pesar de ya no vivir ahí, ella es sustento económico importante, pero le pide perdón. Nunca hubo un lazo afectivo con su padrastro, por ningún hijo en general, solo proveedor económico, repitiendo el patrón de su madre con sus propios hijos, los golpeaba, enmienda la situación</p>	<p>En el aspecto profesional hay un buen desempeño <u>Etapa académica con muchas carencias tanto afectivas como económicas, destaca en el ámbito escolar que utiliza como evasión de cosas que la lastiman</u> <u>Obtiene un título sin el apoyo de los seres que ama</u></p>	<p>Relación buena con compañeros de trabajo, más amistades hombres que mujeres, (hostilidad reprimida hacia las mujeres) <u>Buenas relaciones de amistad en la secundaria, valor como persona por su inteligencia.</u></p>
9	<p>Ella siempre fue colocada en el lugar de hermana mayor</p>	<p><u>Bachillerato con religiosas</u></p>	<p>Relación con amigos fabulosa No realiza otra actividad</p>
10	<p>Padre es alcohólico, entra a AA y el comportamiento cambia, se convierte en un apoyo emocional, con made la relación es fría, distante, poco cariñosa, aunque en el aspecto positivo es firme, responsable, con mucha determinación. Relación excelente con hermanos. No hay una expresión libre de amor</p>	<p><u>Bachillerato con religiosas</u></p>	<p>Relación con amigos fabulosa No realiza otra actividad</p>
11	<p>Padre se va de la casa cuando ella tiene 5 años, no hay relación, él tiene otra familia, de adolescente lo busca, pero no se establece una buena relación. Madre con carácter agrio endurecido con los años, dada a las discusiones, todo el tiempo problema con alguna de sus hijas, agresiva, grosera, hiriente, <u>soberbia, no perdona</u> Mala relación con las hermanas, a excepción de carácter su hermana de en medio, ella es muy ecuánime, confía en ella. Solo puras mujeres y un hombre viudo viviendo en la familia (matriarcado) <u>menciona a la familia en última instancia</u></p>	<p><u>Secundaria peor época de su vida, comete muchos errores, no estudiaba, rebelde a la madre, andaba mucho en la calle, en fiestas, gastando dinero que le robaba a su mamá, fumaba, tomaba, pierde un año escolar, s se aplaca un poco, busca esa carrera apartada de la de su familia ya que solo hay administradores y contadores, esto le satisface, hacerlo sola. (trata de independizarse y distinguirse de la familia)</u></p>	<p>No relaciones de amistad estrechas, hija absorbe mucho tiempo, le molesta estar con personas que no conoce por que se autolimita en su comportamiento <u>Siempre le gustó más la compañía de los niños, le aburría jugar con muñecas</u> <u>Le gustan los grupos pequeños</u></p>

12	Está con su hija, lo que su madre no hizo con ellos, sin padre. Madre aporte económico pero no afectivo, mala relación es impositiva, estricta, chantajista. Dos medios hermanos, se hace cargo de ellos a los 13 años por que su madre se separa de su pareja. Mala relación con la hermana, constante competencia, tienen el mismo trabajo y el mismo lugar, la vigila, y pasa el reporte a la madre.	Estudia y trabaja en diversos lugares. En 2001 se embaraza y deja de trabajar Secundaria se vuelve rebelde, agresiva, malas compañías (es cuando se hace cargo de sus hermanos) sin descuidar sus estudios. Quiere ser químico, debido a problemas económicos, su madre le niega esta opción y le dice que estudiará lo que la madre diga, es así que se dedica a la Inhaloterapia	Amigos no, compañeros Le cuesta trabajo entablar relación de amistad con mujeres, un amigo del trabajo le consigue trabajo en la docencia para que evite inhalar barniz,
13	No hay diálogo entre la familia, sus padres se separan cuando ella tiene 4 años, pero lo sigue frecuentando así como a la familia de él. Cuando ella está en la secundaria el padre quiere regresar con la madre y a ella no le parece la idea y cortó la relación con el padre (Edipo no resuelto) Relación mala con la madre, múltiples discusiones	Tiene dos trabajos, deja la carrera de medicina, <u>por sentirse sola e insatisfecha</u> y desde entonces le diagnosticaron la depresión, revalida materias y ahora es dietista (frustración por dejar medicina, culpa, autorreproche) <u>deja de ir a la escuela, pierde un año escolar, en constantes fiestas, repite el primer año de universidad, tiene relaciones con el maestro para aprobar una materia</u>	No hay relaciones de amistad <u>En cch se junta con los que tomaban, fumaban y se drogaban por que siente que con ellos si se adaptaba</u> <u>Al entrar a la universidad busca amistades similares ya que le daba pena juntarse con otros alumnos, le daba temor que supieran que no era una buena estudiante.</u>

Tabla 6 integración de la información obtenida en el grupo A en la entrevista clínica y la autobiografía, categorías: historia amorosa, antecedentes patológicos temores reales o irrazonables, infancia

Sujeto	Historia amorosa	Antecedentes patológicos temores reales o irrazonables	Infancia (juegos, relaciones)
1	A los 18 años se "fue" sin avisar una pareja, por lo que rompe con esa relación (poca tolerancia a la frustración), matrimonio fallido aún no se divorcia, tiene otra pareja desde hace dos años, Miedo al abandono, inseguridad, quiere terminar las relaciones, pero siempre termina perdonando	Tratamiento grupal para la depresión con duración de 2 años Hijo con insomnio, toma sedantes Ansiedad por perder a las personas Hipersomnia/ trastorno del sueño <u>Miedo a ser longeva</u>	Rancho de su madre (es abuela, pero dice madre) con sus tías, era el centro de atención, la consentida, le causa placer ver la risa de su tía (aprobación, muestra de cariño), la remota a una etapa de protección, alimentación. Sus tías le enseñan las labores domésticas (papel de madre que estaba ausente). Madre siempre diciendo que su hija es enfermiza, castigos, la golpeaba por no tomar leche (alimentación, estaba desesperada por

			tomar la leche que su tía le ofrecía, la mamá la castigaba, la encerraba en un baño)
2	Trámites de divorcio, doloroso. Se casó embarazada “ni siquiera” tuvo un noviazgo largo (6 meses)	Hipersomnia Sin ganas de salir ni de hacer nada	Abuso sexual a los 12 años por parte de su hermano, los psiquiatras le dijeron que no era abuso sexual, solo estaban faltos de cariño
3	Al principio la relación es difícil, su esposo quería que ella hiciera otra cosa de la que ella quería. <u>Se casó creyendo que era el hombre de su vida, vivió cosas muy humillantes</u> (busca que su esposo la rescate de su madre)		<u>Jugar bote pateado, policías y ladrones, banquitos, burro 16</u> <u>Le gustaba ser triunfadora de cambiar de juego en el momento que fuera necesario</u> (ser el centro de atención) <u>Al cuidado de una tía maltratadora y un tío abusador</u>
4	Relación inestable, enfermiza Casada-separada-vive en unión libre, con el mismo hombre 11 años que es alcohólico Se siente su mamá, no es cariño o amor, lo apapacha, siente lástima por él, lo atiende	Hijo con TDAH Miedo a vivir con las sombras del pasado	Nunca tuvo una infancia feliz, nunca fue una adolescente <u>Primeros recuerdos ha tratado de borrarlos, sin libertad de ser inocente, amar la vida o enamorarse limpiamente</u> (Frustración)
5	<u>Primer amor en la secundaria muy significativo</u> Esposo machista, quiere manipular su comportamiento, celoso, inventa situaciones,	<u>Hija presenta crisis convulsivas</u> <u>Esposo con insuficiencia renal</u>	<u>Triste, aunque no le faltó nada</u> <u>Falta de atención</u>
6	<u>Se casó en la preparatoria y tuvo a su hija, al año y medio se separan</u> <u>Se casa con un profesor en la universidad</u>	Marido tuvo un infarto hace 8 años	<u>Viajes a Zihuatanejo, los cuales disfrutaba mucho</u>
7	Problemas muy fuertes con su anterior pareja (padre de sus hijos), traición, golpes, amenazas, la golpea ocasionando desprendimiento de retina, levanta una denuncia. se llevó a sus hijos por 3 meses, “vive” de manera clandestina en su casa mientras ella no está hasta que una vecina se lo dice Actual pareja casado, apoyo cuando ella se quedó sola. Relación lleva 6 años. Lo quiere más que a nada, por él daría su libertad, vida, salud	Va a terapias de maltrato. Siempre tiene sueño, toma pastilla para dormir Migraña (de toda la vida, hace 8 años más fuertes) Operación de fístula Sinusitis Pérdida del 70% de visión en ojo izquierdo sin nada por hacer.	Cuando ella nació su padre tenía 50 años

8	21 años de casada, 18 años esperando que él cambie en medio de la conflictiva con su mamá conoce a su marido Esposo alcohólico, maltratos <u>Primer novio a los 14 años, relación bonita</u> <u>Se casa por que sus amigas ya se estaban casando</u>	Padre con problema de próstata y reuma Madre muere de derrame cerebral, diabética, hipertensa Ella lleva 11 cirugías, estado de salud deteriorado	Desde niña recibió maltrato por parte de la madre, físico y psicológico, la culpaba de que su padre biológico los hubiera dejado, <u>Al cuidado de abuelos maternos</u> <u>A los 7 años le cambian los apellidos para llevar los de su padrastro</u> <u>Desde adolescente se burlaban de ella por gorda</u>
9	Padre enfermo del corazón Hermano con fibrosis quística		
10	Esposo pasivo, agresivo, poniendo en riesgo a ella y a sus hijos. Actual pareja muestra seguridad, determinación, tierno, dulce, no hay una lucha de poder	Temor a que las crisis no se regularan por que atentaban con su seguridad, se caía en la calle (le adjudica a las crisis toda su problemática, represión)	Ella tenía necesidad de un abrazo, de una caricia , para sentir cerca de su mamá agarró su suéter y lo abrazó, llegó su mamá y le pegó
11	<u>Durante el servicio social se hace novia de un médico, aún mantienen relación de amistad.</u> <u>Tiene una relación con un hombre casado , actualmente son amigos</u> <u>Actual esposo le gustó más su carácter que su físico, aunque es dependiente</u>	Esposo e hija con TDAH. Hija toma antidepresivos, tuvo ecopresis, enuresis, dos ciclos escolares sin aprender nada Abuela muere por insuficiencia renal secundaria a cáncer en la vejiga Miedo perder a su hija <u>2006: hipertensión, intolerancia a los carbohidratos, hipotiroidismo, pancreatitis por cálculos en la vesícula, neumonía peso de 181 kg.</u> <u>Se somete a cirugía de by pass, baja 65kg y sus males desaparecen</u>	<u>Crece en casa de abuelos maternos</u> <u>Madre se hace cargo de las hijas de su hermano, ella crece queriéndolas como hermana</u>
12	Se separa de su pareja hace un año	8 meses empiezan a salir vellos púbicos a su hija, le diagnostican posible tumor, ella se deprime, después de estudios le detectan problema drenogenital su hermano con múltiples dolencias, se automedica, lo cual le ocasiona una alergia y Stevens-Jhonson lo que le impide seguir estudiando rayos X, ahora es ayudante de cocina Al jubilarse su madre se enferma y deja de caminar hasta que la amenazan con ir al psiquiatra, se recupera súbitamente y continúa trabajando (síntomas histéricos en hermano y madre)	

13	<p><u>En la primera relación sexual casual: embarazo-aborto</u> <u>Relación sexual con profesor a cambio de calificación</u> <u>Novio que se droga, le contagia ITS (condilomatosis), él se casa con otra mujer</u> <u>Conoce a esposo en centro nocturno de Acapulco, tiene relaciones y se casan. (Habla de su esposo en tiempo presente aunque estén separados)</u> (relaciones inestables y esporádicas) en la relación con su esposo había Discusiones y golpes,</p>	<p>Hijo con TDAH <u>En universidad la presión se le bajaba constantemente hasta llegar a ser hospitalizada</u></p>	<p><u>Niña enfermiza, frecuentes infecciones de amígdalas</u> <u>Operación a los 4 años</u> <u>Soplo</u> <u>Tratamiento médico</u></p>
----	---	--	--

En las siguientes tablas se encuentra integrados los datos obtenidos en el grupo B mediante la entrevista clínica y la autobiografía. Las categorías incluidas son las siguientes: entorno socioeconómico, entorno cultural, valores, modos de comportamiento, sentimientos, experiencias, fantasías y/o deseos, autoconcepto, intereses, hábitos, normas, metas, familia, historia académica, relaciones interpersonales, historia amorosa, antecedentes patológicos, temores reales o irrazonables e infancia. El contenido que se encuentra subrayado dentro de las diferentes tablas corresponde a la información obtenida a través de la autobiografía.

Tabla 7 integración de la información obtenida en el grupo B en la entrevista clínica y la autobiografía, categorías: entorno socioeconómico, cultural y valores

Sujeto	Entorno socioeconómico	Entorno cultural	Valores
1			
2			
3	Padres con nivel socioeconómico bajo		
4			<u>Fuertes creencias religiosas, agradece a Dios lo que le ha dado</u>
5	Ella era el único aporte económico, trabaja en una zona de pocos recursos, <u>su esposo no quiere apoyarla económicamente en su graduación de la preparatoria, lo cual la pone triste</u>	Muy importante el nivel académico (ideal del yo, muy fuerte en este aspecto, que trasmite a su hija)	Exigía a su hija ser asertiva, con carácter y decisión, además de inculcarle ser una profesionista. Ella viene de provincia donde le exigen que sea casada y virgen
6	Madre se ve sola con los gastos de la casa, eso la hace responsable desde pequeña		Problemas con sus primas cuando se iba a casar, no les gustaba que ella se casara antes
7		Desde los 14 años se va del pueblo donde vivían para estudiar	
8	<u>Al terminar la carrera empieza a trabajar, quiere apoyar a su familia y ser independiente</u>		A partir de un suceso (no revela cual) adquiere más valor, cambia su forma de pensar y sentir <u>Más en contacto con Dios por las experiencias</u>
9			
10			
11			
12			<u>Cree firmemente en Dios Su fe es grande e incalculable</u>
13	Familia de clase media		

Tabla 8 integración de la información obtenida en el grupo B en la entrevista clínica y la autobiografía, categorías: modos de comportamiento, sentimientos, experiencias

Sujetos	Modos de comportamiento	Sentimientos	Experiencias
1		<u>Cometió la primera estupidez: casarse. Aunque le gusta su trabajo actual le está empezando a hartar (Frustración). Sus hijas son su único y verdadero control en su vida (sublimación). Vive con un hombre que aunque ama sabe que se irá Su casa es su refugio, guarida hasta que decida irse lejos de lo que le hace daño</u>	Conflicto ex-marido, siente que estorba,
2	Al acelerarse se pone de malas, no actúa bien bajo presión	La parte artística la estabiliza y la mantiene tranquila (sublimación) Su divorcio fue lo mejor, <i>aunque lo menciona al preguntársele por su mayor pérdida</i>	Bailar en un teatro
3		Temor a estar sola	Problema muy fuerte con su esposo
4	<u>Preocupada por los demás, trata de ayudarlos (ideal del yo) Se enoja cuando las cosas no salen bien, o como ella cree que es lo mejor</u>	Aunque es bueno su desempeño siente que ha trabajado demasiado El estrés interfiere con su bienestar (sublimación en el trabajo) <u>Feliz</u>	Su mayor adquisición ha sido comprarse su unidad para trabajar con pacientes. Antes no era positiva y se enojaba cuando las cosas no le salían bien
5	Canaliza su depresión a estudiar y ya no le da importancia a embarazarse, se enfoca en el aspecto intelectual (sublimación) Cuando muere su padre ella es la que se muestra con mayor fortaleza, ella quiso tomar ese papel, en la adolescencia se rebela. Insiste para que su marido tenga ambiciones y estudie. Cuando las cosas no salen como ella quiere se llega a molestar Tiene muchos conocidos y se le abren las puertas fácil	Pérdida del segundo embarazo, comía pero sentía un vacío en el estómago, cuando fallece su padre se siente sola, sentía que a su esposo le faltaba decisión, carácter, temor de que su hija se case a los 18 años como ella El grado académico permite la obtención de bienes	Se embaraza a los dos años de su primera hija, debido a medicamentos lo pierde, se deprime un poco. Se embaraza de nuevo con mucha dificultad, embarazo ectópico, se deprime y aumenta de peso Su experiencia significativa fue cuando su hija sacó puros 10, así como cuando participó en la escolta
6		A veces le deprime por que quiere que las cosas avancen más rápido, pero las cosas a veces dependen de terceras personas	Experiencia significativa el nacimiento de su hijo, fue planeado

7			Proceso de divorcio, debido a infidelidad “ Su más importante adquisición es haber obtenido una base en el trabajo, en segundo lugar menciona a su familia
8	<u>Rencorosa, detallista, aprensiva, poca tolerancia a la frustración, dependiente, se entrega a las personas, constreñida, obsesiva, actitudes infantiles (le disgusta que le llamen la atención sin justificación), justifica a las personas, pero no por ellos, sino para sentirse menos mal</u>	La nostalgia interfiere con su bienestar <u>Deprimida, cansada, sola, olvidada, no le gusta recibir órdenes (conductas infantiles), fobia a los gatos, a las mariposas, descuidada tanto en su salud como en su físico</u>	Su hija volvió a nacer <u>Antes era muy orgullosa hasta que tuvo que vivir una experiencia desafortunada y se volvió humilde (culpa, autorreproche)</u>
9	<u>Le gustan los retos aunque le da miedo enfrentarlos, cuando logra superarlos se siente orgullosa, le levanta la autoestima, busca darle a su hijo lo que ella no tuvo y le exige ser siempre el mejor (superyó, ideal del yo), le pone de malas no lograr lo que quiere y hasta le deprime</u>	no ha alcanzado el desempeño en el ámbito familiar (autorreproche)	Haber conocido realmente quien era su marido cuando ella solicita la pensión alimenticia
10		Su estado de ánimo a veces interfiere con su bienestar, se deprime cuando está de vacaciones, (sublimación en el trabajo), hasta el momento no ha armado una familia, está llenando huecos, tranquila, tratando de recuperar la confianza en sí misma, culpa, autorreproches, sin confianza en sí misma, <u>feliz con lo que tiene ahorita (represión)</u>	Con su pareja pasada vivía con sus suegros los cuales interferían en todo, relación destructiva, golpes, llanto, represión, rechazo, infidelidad, ella incapaz, con ganas de quedarse encerrada, (culpa, depresión) Su experiencia significativa es su actual pareja cuando todavía tiene la otra relación, no la juzga
11			Con muchas dificultades dice que su viaje a Europa
12	La situación cambia con los padres conforme va creciendo, madurando y entendiéndolos, va dejando de hacer cosas irresponsables (introyección de las normas paternas)		Las dos cesáreas, el día que se casó. La muerte de su padre y de su abuela marcó su vida,, hace poco (10 y 4 años)
13			Se deprimió con una relación de un novio, acudió a Salud mental (en la universidad). La muerte de su padre fue una experiencia difícil

Tabla 9 integración de la información obtenida en el grupo B en la entrevista clínica y la autobiografía, categorías: fantasías/deseos, autoconcepto, intereses

Sujeto	Fantasías/Deseos	Autoconcepto	Intereses
1		Buena amiga, alegre, optimista, enojona, posesiva, <u>fuerte para enfrentar cualquier situación</u>	
2	Si vuelve a ser insegura se va a disolver su familia	Antes dejó las actividades que le gustaban, se empezó a olvidar de ella, insegura, platicadora, impulsiva, acelerada, no es materialista, hogareña	Arte, danza, pintura, piano, baile
3		Introvertida, miedosa, buena persona	Desearía tener más tiempo para estar con su hijo
4		Habla en general de su familia, escandalosos (diversión), buena convivencia, ella es noble y trabajadora (como su mamá), optimista, con fe en Dios, <u>que lucha por sus objetivos, trata de ser mejor cada día</u>	Estar con su hija, hacerla feliz
5	<u>Fantasia de llenarse de hijos, si se iba a vivir al DF con su novio a los 15 años, igual de lo que podría pasarle a su hija si decide no estudiar y casase a los 18 años como ella</u>	Con muchos ideales, sociable, tranquila, calmada, a asertiva, ambiciosa, se siente en paz, <u>hiperactiva, feliz, exitosa (matrimonio, profesión, aspecto social, solo un bebé completaría su dicha)</u>	Antes el deporte, leer, saber, conocer, tener aspiraciones, no llenarse de hijos, <u>que su hija sea profesional y tenga un hogar con armonía, hacer una fiesta a su mamá para su cumpleaños 70, así como lo hizo al cumplir 60</u>
6		Carácter muy fuerte como toda su familia, muy estructurada, obsesiva con el orden, y con el control de las situaciones, <u>su presente trabajo llena las expectativas de desarrollo profesionales y emocionales, la hace más segura</u>	Unas largas vacaciones, necesita alejarse de los problemas que la agobian y el estrés
7	A veces piensa que si no hace ella las cosas no van a estar bien hechas. Que su hija estuviera en su casa y ser una familia normal	Se identifica más con su padre que con su madre, él es muy enérgico, voluble, le gusta que las cosas se hagan bien, alegre, activa	La enfermedad de su hija es lo que interfiere en su bienestar en todos los aspectos
8	Si su hija estuviera mejor ella estaría mejor, en eso depende su bienestar. <u>Dios la mandó para una misión especial, se siente orgullosa de ella, la llena completamente. Su ideal era ser piloto aviador, estudia contabilidad Se casa con un hombre 10 años mayor que la protegía y apoyaba en todo, hace a un lado a sus amigos por estar con él. Más amigos</u>	Su carácter se parece al de su padre (fuerte y agresivo), sociable, le gusta apoyar a las personas, cariñosa, voluble, dependiente afectivamente por lo que la terminan desilusionando y traicionando, amigable, no es egoísta, compartida, agradable, <u>carácter maternal, rencorosa, tímida, introvertida, compartida, miedo a no saber que pasará mañana, hogareña (se siente protegida)</u>	El trabajo lo está dejando atrás por el cuidado de su hija <u>Le gustan mucho los niños, le gusta ayudar y sentirse útil, le gustaría cambiar su carrera por que no está del todo a gusto con ella (culpa, autorreproche, frustración), lo esotérico y místico</u>

	<u>hombres, con las mujeres siempre hay envidia y no se entregan completamente. No le gusta pedir favores, procura aprender y hacerlo ella misma</u>		
9	Desearía tener la estabilidad emocional y familiar que todos en algún momento anhelan	Carácter fuerte <u>pero débil en el aspecto emocional</u> , decidida, con determinación, mujer exitosa, ha logrado las metas que se ha propuesto, con buenos sentimientos, buena persona, sociable, <u>paciente</u> , <u>pero en ocasiones explota con facilidad</u>	
10	Uno nunca tiene lo que quiere, siempre va a querer algo más, siempre va a hacer falta algo (insatisfacción, ideal del yo) Se siente con la obligación de cuidar a su hija, y no puede esperar que su hija la cuide a ella (dependencia). <u>Quizá se aferró a su antigua pareja por que su madre se oponía (conflicto divalente), le duele no ser aceptada por su familia</u>	Sociable, adaptable, de carácter variado entre su papá y su mamá (a veces si responde, y a veces no sabe que hacer), confiable, noble, aunque a veces la gente se aprovecha de ella	Pintura, dibujo , tarjetería española
11	Tiene la impresión que su familia la ve como la niña chiquita Sus clientes la ven como alguien profesional	Todos son muy burlones y al mismo tiempo nadie aguanta que se burlen de él, trabajadores, independientes, no aguantan la estructura de una empresa, muy fuerte	
12	Todos nacen con un carácter, como seres humanos, independientes, individuales que se termina de forjar en familia, si alguien hubiera crecido en otra familia con otras creencias el carácter sería mejor. Su vida está muy estable	Carácter muy parecido al de su papá, necia, independiente como todos en su familia, su autoconcepto se va forjando de lo que dicen las otras personas de ella, carácter fuerte, enojona, dura, poca tolerancia, no congenia con las personas, <u>directa, asume responsabilidades que le son impuestas</u> (superyó, ideal del yo)	Box, kick boxing (tiene 3 trofeos) el tiempo libre se lo dedica a sus hijos, con su bienestar interfiere el tráfico, (represión), <u>escribir, literatura, leer, nadar, squash</u> <u>Odia la hipocresía y el éxito fácil (superyó)</u>
13		Responsable, le gusta superarse, buena amiga , sencilla, le gusta convivir con las personas	Reiki, esta disciplina le ayuda a mediante la energía manejar los problemas, (sublimación)lo conoce gracias a su madre, van juntas a esta actividad , <u>gimnasia rítmica desde los 9 años (gana medallas se vuelve maestra)</u>

Tabla 10 integración de la información obtenida en el grupo B en la entrevista clínica y la autobiografía, categorías: hábitos, normas, metas

Sujeto	Hábitos	Normas	Metas
1		<u>Reglas de un matriarcado muy marcado</u>	Ver crecer a sus hijas, metas a corto plazo , sin proyección al futuro
2			terminar su carrera de danza, un diplomado , mantener su trabajo, su hijo, su familia
3		Educación con valores convencionales	Estabilidad familiar y económica
4	Hermano más confianza con sus hermanas que con sus papás, lo orientan en cuestiones sexuales Su madre cuida a su hija		Hacer una especialidad, reducir la carga de trabajo
5	Su madre le cuidó a su hija, sueño de la mamá que ella se casara de blanco		Hacer una maestría y hasta seguir con el doctorado Conforme diversas etapas de su vida, diversas metas que fue cumpliendo: <u>Tener un bebé para cumplir con su instinto maternal</u>
6			Tener un mejor desempeño laboral, que su hijo logre sus metas propias
7			Su desempeño no es el que ella quisiera, por cuestiones de salud de su hija se tiene que salir de la especialidad en emergencias aunque le costó mucho trabajo entrar y mantenerse, seguir estudiando, darles una vida tranquila a sus hijas a pesar de la separación
8	Su esposo y ella aislados y apartados de las personas, cansados debido a la enfermedad de su hija , <u>le gustan los días lluviosos para estar en su casa tomando café caliente</u>		Hay muchas cosas que se quedaron y quizá se quedarán por hacer, pero ahora tiene una responsabilidad que es su hija, estudiar algo que la llenara más, que llenara un vacío que tiene, que su hija se pueda valer por sí misma, vivir una vida menos estresante, <u>espera</u>

	<u>algún día lejano cumplir con sus aspiraciones y esperanzas (autorreproche, culpa, depresión, frustración)</u>
9	Crecer profesionalmente , comprarse una casa, un coche, que su hijo tenga lo necesario para seguir estudiando
10	Tener una familia real
11	Hacer más grande el negocio, tener más clientes, más dinero Que su hija se estabilice, una pareja
12	Crecer como persona, mujer y mamá, desempeñarse en un mejor puesto, tener un negocio propio, una mejor casa y educación para sus hijos. Sin metas definidas, las metas se ponen a diario, difícil pone runa meta a largo plazo
13	Seguir apoyando a sus hijas, seguirse superando profesionalmente, estudiar un posgrado, cuidar su matrimonio

Tabla 11 integración de la información obtenida en el grupo B en la entrevista clínica y la autobiografía, categorías: familia, historia académica, relaciones interpersonales

Sujeto	Familia	Historia académica	Relaciones interpersonales
1	Relación complicada con la madre, no se llega a ningún arreglo, con el padre se puede hablar, es más abierto, siempre y cuando no esté la madre	<u>Preparatoria maravillosa con clases interesantes</u> <u>En la Universidad es donde realmente disfruta su vida de estudiante</u>	No relaciones de amistad importantes, no realiza alguna otra actividad
2	Hermano se dedica a la pintura y la escultura, vive en San Francisco desde hace 4 años, la relación es lejana, buena relación con sus padres, padres separados, cada uno rehizo su vida. Padre: son amigos Madre: muy conservadora, espantadiza, nerviosa, preocupada		No relaciones de amistad importantes de mencionar Como otra actividad realiza ballet

	<u>Familia y ella están separados pero tienen mucha comunicación</u>		
3	Hermana grande relación distante, hermana de en medio relación muy cercana. <u>Padre poca convivencia debido al trabajo</u> <u>Medra un gran apoyo</u>	Menciona a una amiga de la preparatoria como una relación cercana, no realiza alguna otra actividad	
4	Mucha comunicación, mejor relación con hermana puesto que la diferencia de edades no es mucha, compañeras de fiestas, confianza con su hermano. Padre anteriormente no había buena comunicación, con madre muy buena comunicación pero con reservas, como el tema sexual, la admira	Muchos amigos, frecuente a los más cercanos, relación importante amiga de tercero de primaria	
5	Le ayudó a conseguir el trabajo a su hermana que también es enfermera, su padre fallece cuando ella tiene 12 años, actualmente buena relación con su mamá, relación más estrecha con hermana mayor relación menos estrecha con hermana menor, se siente en paz con su mamá, aunque no falló, no fue la perspectiva que su mamá quería como hija	Suspende sus estudios en el tercer año para tener a su hija, cuando su hija tiene tres años decide retomar sus estudios, estudios en inglés y computación, mala experiencia cuando reprobó una materia en preparatoria por que no accedió a las invitaciones del maestro a salir, excelente en matemáticas, no le gustaban las letras. <u>La maestra en el Kinder la amarra a la silla, en la primaria, maestra enérgica, maltrato físico, en quinto de primaria la cambian de escuela y fue muy feliz, sexto año de primaria, el más traumático, su madre las deja solas por cuidar a su padre en un hospital (y ella es enfermera al igual que su hermana), maestra se burla de ella, le marcó su carácter, la hizo insegura, la aislaba de los demás niños, cuando sacaba buenas notas decía que copiaba, en la escuela le decían modelo del año, en la secundaria su padre ya había fallecido, ella sin ganas de estudiar, va a realizar los trámites sola mientras todos los demás van acompañados, eso la hace autosuficiente</u> <u>No alumna sobresaliente, al terminar la secundaria no quiere continuarla y se va a estudiar durante dos años manualidades, decide estudiar la preparatoria por que se encuentra con unas amigas de la secundaria</u>	Vende ropa aparte de su trabajo. Relaciones de amistad desde la infancia Aunque se lleva con todos, no es de hacer grupitos En su trabajo muy buena relación de trabajo, son la única brigada que no tienen problemas <u>Conserva a sus amigas de quinto de primaria</u>

		<u>que la miran como algo que no vale la pena, al entrar a la preparatoria ya había recuperado su autoestima y seguridad, en el segundo año de preparatoria se casa y al tercero tiene a su hija, deja de asistir por decisión propia para cuidar a su hija, se inscribe para ser enfermera general, se gradúa con honores Revalida materias y termina la licenciatura</u>	
6	Hermano de 56 años, se llevan 23 años de diferencia, la relación es lejana debido a la diferencia de edad. <u>La imagen paterna siempre le perteneció a su hermano, sus sobrinas fueron como sus hermanas pequeñas. Relación muy buena con la madre, siempre la apoyó en todo. Su padre fallece cuando ella tiene 5 años (en la autobiografía menciona que 10 años), relación lejana, sus padres estaban separados, se divorcian cuando ella tiene 2 años.</u>	<u>Sin interrupciones, tenía muy claro que carrera iba a estudiar, la realizó a pesar de las dificultades</u>	A raíz de su embarazo se aleja de sus amigos, no los frecuenta actualmente. No realiza alguna otra actividad
7	No mucho contacto con su familia desde los 14 años, relación cordial con los hermanos, padres enérgicos, siempre la han apoyado, es la única en la familia que siguió estudiando		Convive mucho con una tía y una prima, ha convivido más con ellas que con sus hermanos
8	Padre con carácter fuerte, buena relación con su padre, la apoya y le da consejos, a pesar de estar casada aún le llama la atención. Madre buena relación, le cuida a su hija, con síntomas de depresión, a veces quiere apoyarla, pero otras veces la evita debido a que ella misma se siente deprimida. <u>Antes se sentía querida y protegida por sus familiares. Le hacen falta sus abuelos</u>	<u>La primera vez que asiste al jardín de niños se queda llorando por que nunca se había separado de sus padres, sus maestras la consolaron. En la primaria sentía el apoyo de su hermano en la escuela que la protegía. Presión y peso de las calificaciones de su hermano la hace abrirse camino. La comparaban con una actriz de una telenovela</u>	Frecuenta a sus amigos muy poco. Antes se dedicaba a hacer cosas manuales, ahora ya no. <u>Muchos amigos en la escuela, más hombres que mujeres, muy apreciada por los hombres, amigos de la secundaria que aún frecuenta</u> <u>Todo estaba bien económica y profesionalmente hasta que la envidia de un amigo termina con todo, decide no trabajar con nadie más y no sufrir engaños y desilusiones</u> <u>El personal del hospital forma parte de su círculo social</u>

9	No se acuerda de las edades de sus hermanos, nombra edades sin especificar a quien corresponde. Su madre vive en la misma unidad habitacional que ella. Sus padres muchos años separados, ella sin relación con su padre		Los amigos se cuentan con los dedos de las manos y sobran. Las pocas amistades que ha hecho en el trabajo es a las que frecuenta. No realiza alguna otra actividad
10	Relación distante con el hermano, vive en Hidalgo. Durante su relación pasada se distancia completamente de su familia. Relación distante con su padre, él es muy poco cariñoso. A su mamá la ve todos los días, son amigas, le ayuda a cuidar a su hija, anda al pendiente de ella, es de carácter muy fuerte, egoísta, sus hermanos comparten el mismo carácter Su padre es de carácter más débil, sumiso. Padres se divorcian cuando ella tiene 8 años	<u>Secundaria y preparatoria sin complicaciones. Universidad todo estaba bien hasta que conoció al padre de su hija, a partir de ahí su vida se cayó</u>	Si tiene amigos pero no es de estarles hablando por que sabe que estarán ocupados (pobre autoconcepto)
11	8 hermanos, se forman y se deshacen grupitos entre los hermanos. Madre muere hace 33 años. Padre muy macho		Cinco amigos los que más se ven y hablan
12	Ahorita la relación con sus hermanos ya es buena, ya maduraron. Con su madre la relación es muy difícil. Ella es la más chica y siempre fue la niña mimada, consentida, eso complicó la relación, ahora la entiende como madre. Con su padre la relación era buena, no tenían mucha comunicación y peleaban mucho, su carácter era arbitrario. Hay un matriarcado muy fuerte en su familia, su madre enviudó dos veces, ella es la cabeza de la familia, como la mayoría son mujeres crecen con la misma fortaleza y mentalidad.	<u>Estudió la carrera de Ingeniería en sistemas y no la lleva a cabo</u> <u>Su trabajo le satisface pero quiere abrir un negocio</u>	Aunque tiene amigos no los frecuenta por el tiempo <u>Aún ve a su mejor amiga de la niñez</u> <u>Conoció a sus 5 mejores amigas en el CCH Vallejo</u>
13	La relación con su padre buena, aunque era muy estricto, pero las cosas las hacía por su bien Relación con la madre buena, ella le cuida a sus hijas Relación buena con sus hermanas, muy unida	Ciencias de la comunicación Maestría en Administración <u>Siempre fue buena estudiante, le gustaba mucho ir a la escuela y participar en las actividades. Estudia inglés y francés</u>	Procura frecuentar a sus amigas, se organizan para ir a desayunar

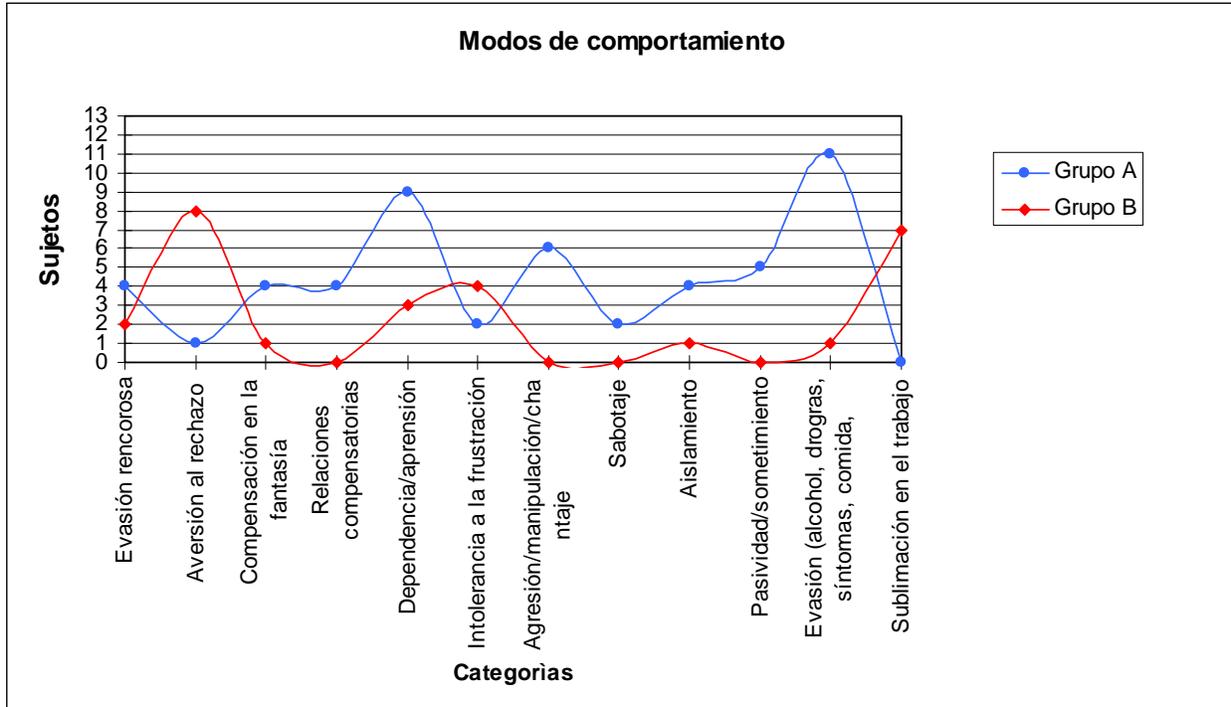
Tabla 12 integración de la información obtenida en el grupo B en la entrevista clínica y la autobiografía, categorías: historia amorosa, antecedentes patológicos temores reales o irrazonables, infancia

Sujeto	Historia amorosa	Antecedentes patológicos temores reales o irrazonables	Infancia (juegos, relaciones)
1	<p>Casada durante 5 años. <u>Primer novio en la secundaria, el primer hombre que amó, se acaba la relación por razones desconocidas</u> <u>Noviazgo en preparatoria (primer novio formal), dura la relación hasta que entra a la universidad donde conoce a hombres más interesantes, más inteligentes y más ambiciosos. Actualmente vive con una pareja que no cree en ella, no confía en ella y que siempre piensa que todo lo que venga es malo</u></p>		<p><u>Inteligente y bonita pero no fue novia, quería sentirse cotizada. Amistad en la primaria, niña con madre que sufría violencia, padre infiel, la madre de la sujeto le prohíbe verla por que cree que no es buena amistad además de que su casa era fea y la niña pobre. Amistad dura hasta los 15 años, donde por indicación de la madre no la invita a su fiesta. Secundaria tiene dos amigas marginadas y feas, ya no las frecuenta</u></p>
2	<p>Divorciada, vivían juntos, después se casaron y estuvieron 2 años casados. Relación que ninguno de los dos quería, conflictiva. <u>Actualmente llevan una buena relación, por su hijo.</u> Actual pareja la conoce incluso antes de casarse, 3 años viviendo juntos. Menciona a su actual pareja como su novio</p>		
3	<p>Conoce a su esposo en un antiguo trabajo</p>		
4			
5	<p><u>Secundaria nunca tuvo novio aunque tuviera pretendientes</u> <u>A los 15 años tiene su primer novio, él tenía 24 años, la dejó, él le pide irse a México y ella no podía hacerle eso a su madre viuda. Se casa cuando está cursando la preparatoria</u> Casados 17 años</p>	<p><u>Primer hijo varón fallece por EDA</u></p>	<p>Sobreprotegida por su padre Casi no convivencia con su mamá. <u>Se siente un poco celosa cuando adoptan a su hermano menor, se siente desplazada, ella lo cuida mucho, se convierte en su consentido</u></p>
6	<p>Conoce a su esposo en la universidad, rechazo al principio, los amigos de él la molestaban, se volvieron amigos, gracias a decepciones amorosas mutuas iniciaron una relación</p>		

7	Se casa a los 25 años, habla de su matrimonio como si éste continuara		
8	16 años de casada. 10 años mayor que ella. Llegan a tener muchos conflictos debido al cuidado de su hija, a veces la relación se vuelve agresiva y desgastante. <u>Primer novio en la secundaria</u>	Hija con leucemia, requiere de cuidados permanentes	<u>Consentida de los abuelos y tíos</u>
9	Separada a punto de divorciarse, la relación era cordial pero se volvió monótona y aburrida, el hecho de haberse casado con una persona que no es profesionista no le dio la capacidad de entenderla en cuestión laboral, se arrepiente del tiempo que desaprovechó, por haberse encuadrado con una sola persona. El noviazgo duró 9 años	Le teme a quedarse sola. <u>Siempre le ha tenido miedo a la soledad y no le gusta tener que depender de una persona (su pareja). Le da temor pensar en el futuro de su hijo por que la separación afectó a los dos</u>	
10	Seis años con su pareja anterior <u>7 años en total depresión, sin ningún recuerdo bonito.</u> Dos años con su actual pareja (8 años mayor que ella)	Miedo a estar sola o a quedarse sola, de no tener con quien hablar	
11	Casada 12 años, separada, relación tan tranquila que parecían amigos. Su mayor pérdida, antes podría decir que su mamá, ahora es que su matrimonio no haya funcionado		<u>Al morir su mamá la cuida su abuela un par de años. Su papá se casa y su abuela se va, a sus hermanos y a ella no les gusta la nueva esposa y los mandan a vivir con la abuela paterna de los 7 a los 15 años. Al entrar al CCH regresa a vivir con el padre (temporada muy agradable)</u>
12	Separada desde hace mucho (4 meses) al principio la relación es buena, luego con muchos conflictos, presiones, problemas personales, de confianza, de presión, tratan de salvar la relación pero no funciona. Casada durante 10 años	Alguna vez le temió a fracasar, tenía un trauma que superó, el fracasar no implica mucho, es aprendizaje	La pasó muy bien de niña
13	Una pareja en su época estudiantil que la hace deprimirse Actual pareja con mucha comunicación		<u>Etapa muy linda. Llena de amor y de juegos</u>

• **Análisis gráfico de resultados e Interpretación**

Se extrajo la información más relevante para la presente investigación y se realizaron las siguientes gráficas comparando a los dos grupos de la muestra. En la gráfica 3 se muestran los modos de comportamiento más frecuentes.



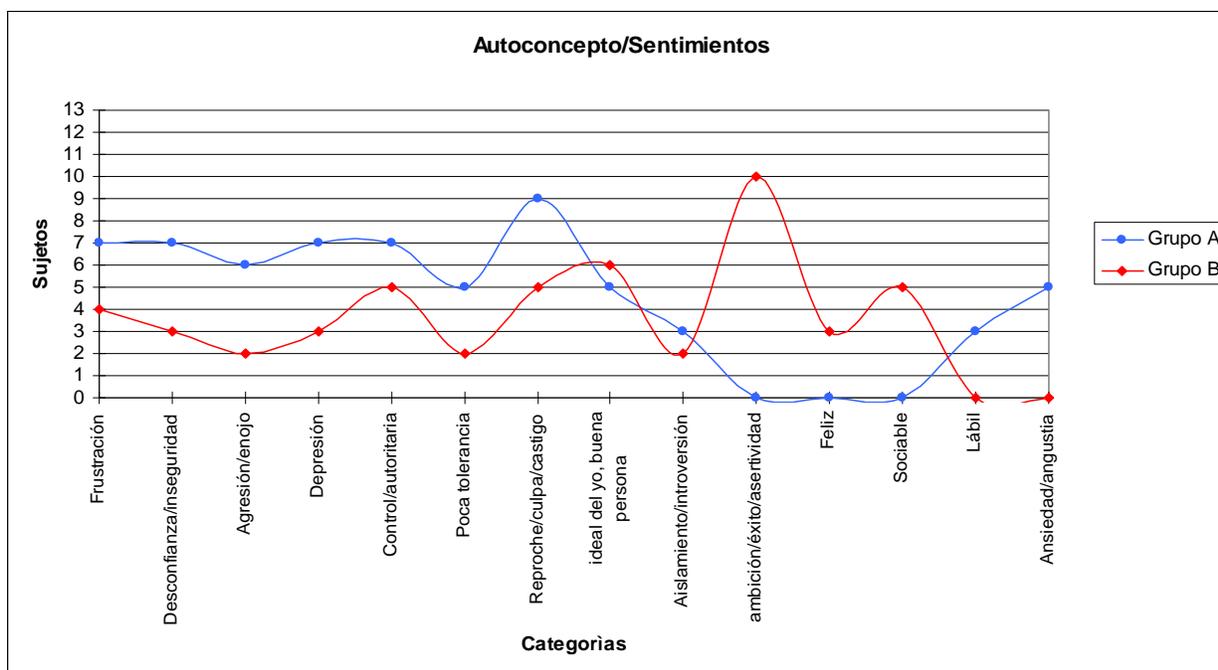
Gráfica 3: Frecuencia en los modos de comportamiento por grupo. Entrevista y Autobiografía

En esta gráfica aparece como modo de comportamiento principal para el grupo A, la evasión, en esta categoría se incluyeron los síntomas histéricos, el consumo de drogas y/o alcohol, o bien conductas alimenticias compulsivas. Algo que no se manifiesta de manera aparente en el grupo B, lo cual indicaría como la sintomatología depresiva viene acompañada de comportamientos evasivos, en donde actúa la represión de cierto material inconciliante para el sujeto, como podría ser la hostilidad que se le tiene a la madre que se proyecta hacia el exterior, hacia otros objetos, o bien hacia el mismo sujeto, acompañado de un sentimiento de culpa que caracteriza a estos comportamientos evasivos. Como otras categorías frecuentes del grupo A observamos la dependencia, estas mujeres se muestran aprensivas, con relaciones compensatorias,

no se encuentra un sentimiento social genuino que las lleve a relacionarse con las demás personas, se muestran dependientes en el vínculo con los demás, trayendo consigo frustraciones y aislamiento, además se encuentra presente el sentimiento de ser vulnerables a ser lastimadas, por lo que presentan una autoprofecía cumplida.

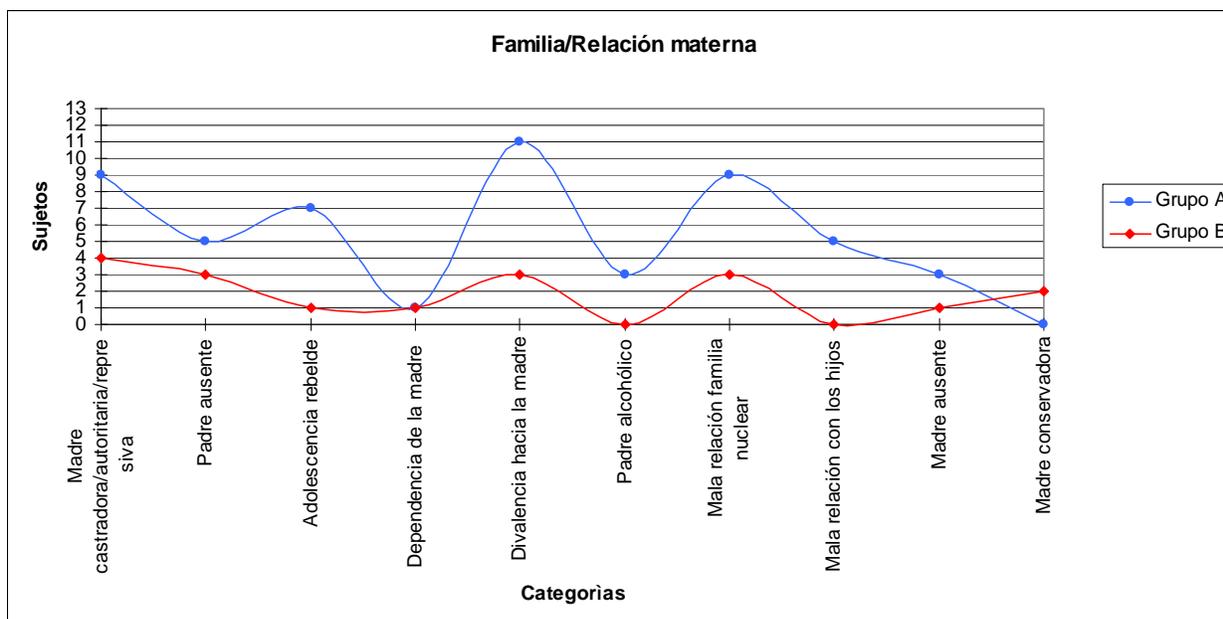
También observamos como conductas frecuentes en el grupo A la agresión, tanto manifiestamente como de manera pasiva mediante la manipulación y el chantaje, estas conductas están relacionadas con la compensación en la fantasía, en donde se incluyen deseos hostiles, por ejemplo, que alguien venga a hacerle daño a otra persona como a la pareja, lo cual estaría reflejando la hostilidad que tienen reprimida y que no pueden asumir como propia. Estas conductas no se muestran en el grupo B, donde por otro lado vemos la aversión al rechazo como un modo de comportamiento frecuente, pero que éste puede estar relacionado con la sublimación en el trabajo, que por otra parte no aparece en el grupo A, de este modo se presenta la aversión al rechazo sublimado en un trabajo en el que pueden mostrar su autotomía, ser proactivas como actitudes contrarias a la pasividad.

En la siguiente gráfica se puede observar lo que corresponde al autoconcepto, de manera integrada con los sentimientos. En lo que respecta a estas categorías podemos ver como la frustración es un aspecto considerable para el grupo A, estas mujeres no pueden realizar lo que desearían hacer, lo que se relaciona con la desconfianza e inseguridad, llevándolas a presentar sentimientos de culpa, autorreproches, manifestándose como la parte hostil que se le regresa al sujeto, pero de la misma manera, también existe una agresión que es proyectada hacia el exterior como es en el caso de conductas hostiles, agresivas o bien de enojo hacia los demás, se perciben lábil emocionalmente, lo cual se muestra como una dificultad para poder relacionarse con las demás personas.. No aparece en ningún caso el considerarse como una persona feliz, o sociable, categoría que si se presenta en el grupo B, Todo esto acompañado de angustia ante el conflicto que está sucediendo en el sujeto. En el grupo B se muestran conductas ambiciosas, que se subliman en el trabajo.



Gráfica 4: Autoconcepto y sentimientos expresados por grupo. Entrevista y Autobiografía

En la gráfica 5 se puede observar las relaciones familiares y en especial la materna que es la de principal interés en esta investigación, sin embargo también se encuentran integradas las relaciones tanto con la familia nuclear, como lo que corresponde a la relación con los hijos



Gráfica 5: Tipo de relación materna por grupo. Entrevista y Autobiografía

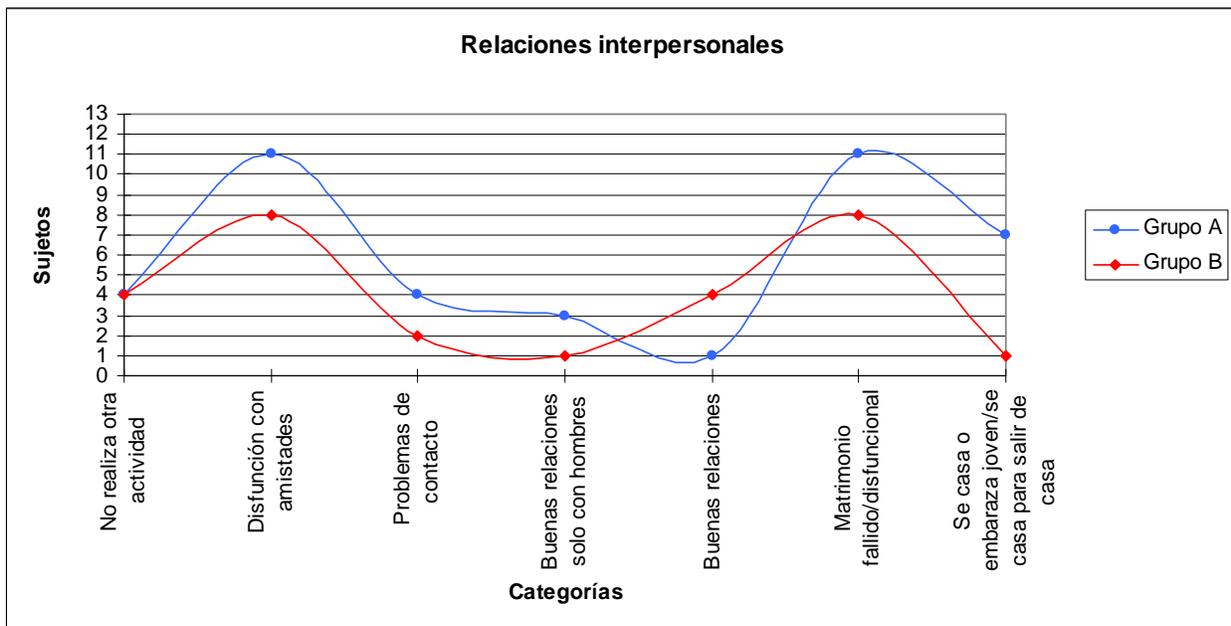
En primer lugar podemos observar que en el grupo A se presentó en mayor frecuencia una adolescencia rebelde, esto quizá como un medio de poder liberarse del yugo materno no lográndolo satisfactoriamente. Se presentan relaciones de amistad que presentan un vínculo frágil o presentándose conductas riesgosas, abuso del alcohol, relaciones sexuales esporádicas, inestables, etc. Se expresa además a la figura materna como castradora, represiva, con demasiadas prohibiciones, no permitiendo que ellas decidan de manera libre, llegando en algunos casos en ser la madre quien impone la vocación de las mujeres, con canales de comunicación cerrados, la educación y los límites son arbitrarios, no establecen posibilidades de autonomía, éstas características no se presenta con tanta frecuencia en el grupo B. Observamos con mayor claridad en esta gráfica la presencia de una divalencia en el vínculo materno, esto categorizado a través del contenido latente presente en el análisis del discurso, en el cual se presentan por una parte comentarios hostiles hacia la madre, seguido por un sentimiento de tristeza, culpa, frustración, ya que se percibe como una obligación o responsabilidad, estar con la madre, hacerse cargo de ella, sin embargo también se presentan sentimientos de rencor y una mala relación. Esta ambivalencia hacia la figura materna no solo se indagó a través de la entrevista sino también a través del análisis del estado mental, en el cual se incluyen los aspectos de lenguaje corporal. De las 13 mujeres que conforman el grupo A, podemos ver que 11 muestran un conflicto divalente con la figura materna, sin embargo, solo puede verse completamente en 9 sujetos, puesto que en las 2 restantes se muestra viciado con una dependencia por parte de la madre, o bien, que ha habido una difracción del conflicto divalente en un conflicto con el padre. En las dos sujetos restantes, una se encuentra en un estado de disociación tal que no se pudo explorar el conflicto con la madre, brinda muy pocos detalles en las pruebas, contesta rápidamente, se muestra aprensiva a la vez de resistente. En la otra sujeto, se muestra un conflicto divalente con la madre en la adolescencia, sin embargo, en la vida adulta, conscientemente ella relata tener una buena relación con la madre, proyectando los deseos hostiles hacia el padre, sin embargo la sujeto se encuentra muy deprimida y ha tenido varios intentos de suicidio.

En cuanto a las mujeres del grupo B, observamos que 3 mujeres presentan un conflicto divalente con la figura materna, siendo ésta represora, autoritaria y sin libertad para la autonomía en sus decisiones, en una de ellas se muestra mezclado con una dependencia de la madre hacia con su hija. Es interesante destacar que estas mujeres también se muestran deprimidas, lo cual se observa con mayor claridad en las pruebas proyectivas que corresponden al TAT y a la autobiografía, además de la impresión diagnóstica obtenida a través de la entrevista clínica y su correlato con el examen mental, por otro lado, en cuanto al MMPI, si bien presentan elevaciones un poco mayores al resto del grupo, el perfil del inventario no es igual al obtenido para las mujeres del grupo A.

En el grupo A, también se encuentran presentes otros conflictos en las relaciones como en lo que respecta a la familia nuclear así como una mala relación con los hijos que se presenta con mayor frecuencia en el grupo A, lo cual podría ser explicado en como esta mala relación con la madre y ésta divalencia hacia la misma estaría repercutiendo en otras relaciones familiares e interpersonales que se analizarán en la siguiente gráfica. Otro aspecto a considerar es lo que respecta al papel del padre, en el grupo A vemos que se encuentra ausente, ya sea por que ha fallecido, por una crianza uniparental o bien se trata de progenitores que se encuentran separados, sin embargo, en esta categoría también se muestra a aquellos padres que están presentes físicamente pero no juegan un papel activo en la educación no ahondándose en una relación significativa. En tres casos se trata de un padre alcohólico, lo que deja a la madre como la principal figura de autoridad, no estableciendo el padre contención hacia la misma, estableciéndose ésta como una autoridad única.

En la siguiente gráfica se muestra las relaciones interpersonales, refiriéndose a éstas como las relaciones establecidas con contemporáneos, tanto de amistad como de pareja. Aquí se puede ver como con la misma frecuencia en los dos grupos no se realiza alguna otra actividad que la que se refiere al trabajo, sin embargo, por causas distintas, en lo que respecta al grupo B, el único impedimento que relatan es el factor tiempo, sin embargo, para el grupo A se refiere a falta de motivación por realizar alguna

otra actividad. Aunque en los dos grupos se muestra una disfunción en las amistades, ya que no existen relaciones profundas, o bien, estas ya no se frecuentan, en el grupo B, aparecen con mayor frecuencia las buenas relaciones de amistad, en cuanto al grupo A, se relatan problemas en cuanto al establecer un contacto con las demás personas, ya que se tiene la impresión de que no se sabe como acercarse a la gente, o bien que piensan que hablan mal de ellas, o que las consideran tontas, esto se relaciona con el autoconcepto que tienen, así como con la elevación en la tétada psicótica del MMPI.

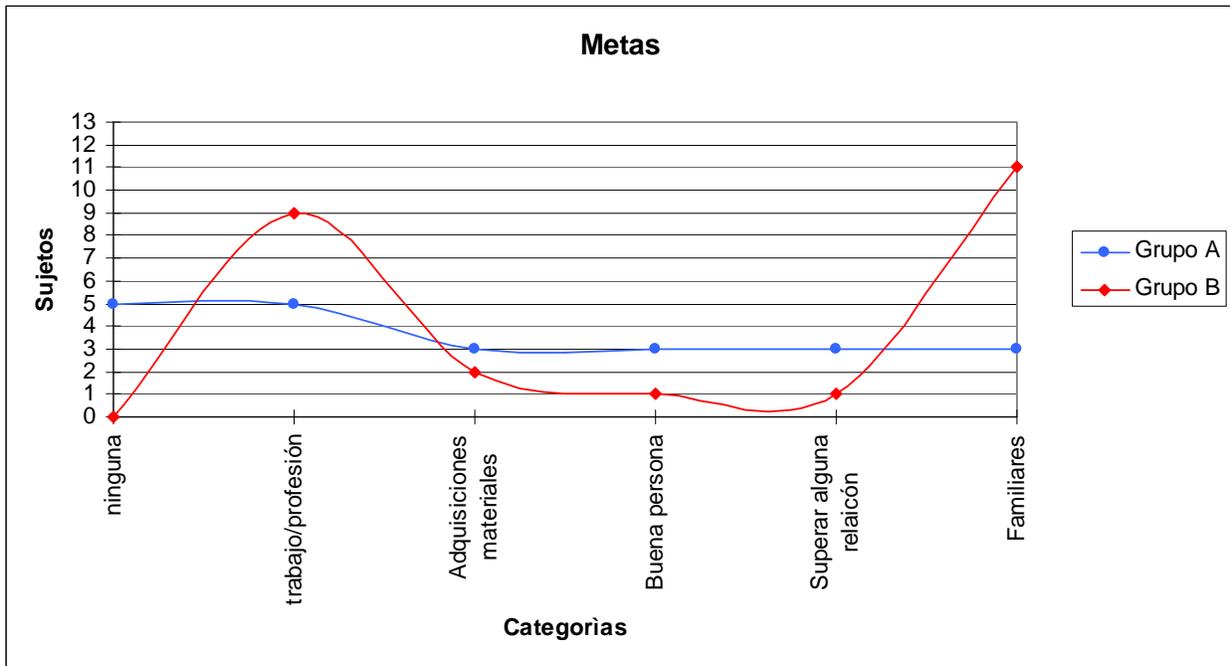


Gráfica 6: Relaciones interpersonales por grupo. Entrevista y Autobiografía

Una categoría importante a considerar es la que corresponde al embarazo temprano y a contraer matrimonio, o bien vivir en unión libre siendo muy jóvenes, rondando edades desde los 16 años pasando directamente de ser hija de familia a ser madre, la cual es una característica predominante en el grupo A. Lo anterior podría interpretarse como la fantasía de que a través de un embarazo o un matrimonio puedan librarse del yugo materno, aunque por el otro lado, aparece una frustración en las mujeres por no poder realizar lo que hubieran deseado en sus vidas, estableciéndose atrasos u obstáculos en su formación profesional o bien la limitación en poder tener otras experiencias correspondientes a su edad. Además de que esto puede correlacionarse con el

aumento que se ve en cuanto a matrimonios fallidos, o disfuncionales, que se observa un poco más elevada con lo que respecta al grupo B.

En la gráfica número 7, se muestra las metas expresadas por ambos grupos, en ella se puede reafirmar lo expresado en la gráfica correspondiente al modo de comportamiento en lo que corresponde a una sublimación en el trabajo.

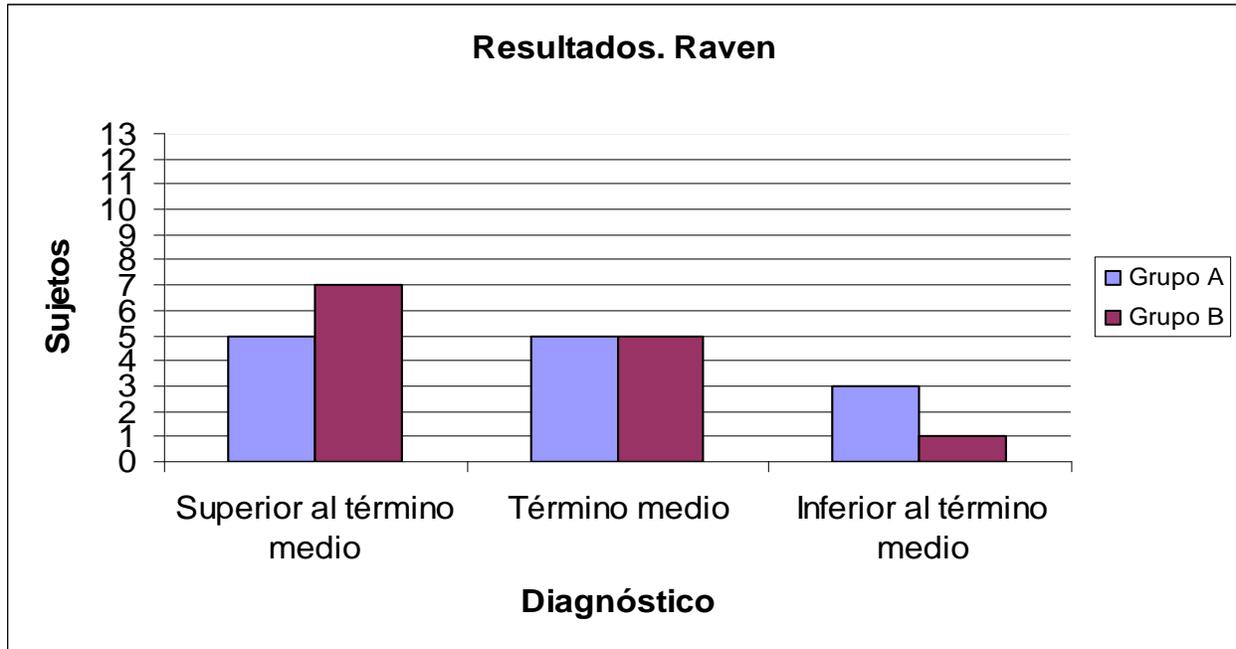


Gráfica 7: Metas expresados por grupo. Entrevista y Autobiografía

Para el grupo B el aspecto profesional y laboral es muy importante, ocurriendo en el grupo A pero con menor frecuencia. Sin embargo, las metas que se relacionan con el aspecto familiar, son las que notablemente presentan una mayor frecuencia en el grupo A en comparación con el B, esto podría interpretarse en que las mujeres del grupo B, mantienen un vínculo estable y sólido, con lazos familiares, siendo un vínculo de apoyo a nivel afectivo, así como profesional, algo que no es frecuente en las mujeres deprimidas, lo cual se relaciona con lo obtenido en las malas relaciones familiares, que también estarían afectando el aspecto profesional, y los proyectos de vida de estas mujeres.

- **INSTRUMENTO II Test de matrices progresivas. Raven**

En la siguiente gráfica se muestra la comparación en frecuencia de los diagnósticos obtenido a través del Raven



Gráfica 8: Resultados de los diagnósticos del Raven, para ambos grupos

Se puede observar como el diagnóstico predominante en ambos grupos corresponde a “Superior al término medio”, aunque vemos que predomina más en el grupo B. El diagnóstico correspondiente a “Inferior al término medio” se presenta también en ambos grupos, aunque con mayor frecuencia en el grupo A. Cabe notar, que todas las mujeres de la muestra poseen un nivel académico superior, por lo que dicho diagnóstico se esperaba que no se presentara, sin embargo, aquí se puede mostrar como los conflictos que presentan las mujeres a nivel afectivo, también podrían tener una repercusión en la manera en como utilizan su inteligencia, y viceversa.

- **INSTRUMENTO III: Autobiografía (ver pag 101-134)**

• **INSTRUMENTO IV: Test de apercepción temática. T.A.T**

En la siguiente tabla se muestran los resultados obtenidos en las láminas del Test de Apercepción Temática, tanto a nivel descriptivo como interpretativo. Se encuentra dividido en las 7 láminas aplicadas, así como por los 13 sujetos que conforman el grupo A.

Tabla 13 integración de los resultados obtenidos en el grupo A en el Test de Apercepción Temática. Nivel descriptivo (ND) e interpretativo (NI)

<u>Sujetos</u>	<u>1 El chico del violín</u>	<u>5: Mujer de edad en la puerta</u>	<u>8NM: Mujer pensativa</u>	<u>12M: La celestina</u>	<u>15: En el cementerio</u>	<u>16: Lámina en blanco</u>	<u>17NM: En el puente</u>
1	<p>ND: Indecisa al tomar una decisión Reflexionando Frustrado Acongojado No satisfactorio Pensando mucho NI: Sometimiento, Tristeza Frustración Incapacidad</p>	<p>ND: Asustada Sorprendida, vio algo Paralizada No entra, se queda con lo que vio NI: Madre vigilante, sobreprotectora</p>	<p>ND: Estática Sumida en sus pensamientos No actúa Pacífica Tranquila No le gusta relacionarse con los demás Mirada en el pasado, ahí se quedará Añoranza Nostalgia No hay futuro Su presente es su deseo de quedarse ahí NI: Inmovilidad Sin expectativa Añoranza al pasado</p>	<p>ND: Varón Quiere cambiar de sexo <u>La mujer de atrás:</u> Cruel Aconseja NI: Problemas con identificación en el sexo, represión, Madre vigilante Cruel,</p>	<p>ND: Incertidumbre por el sexo del personaje Estado agónico, de muerte Desearía estar muerta NI: Incertidumbre en cuanto al sexo Deseos de muerte Autoagresión</p>	<p>ND: Miedo a la muerte Familiares muertos la llaman Muerte, ojerosa y delgada Juego de azar sobre el siguiente en morir Burlarse de la muerte, no tiene miedo NI: Deseos de muerte Sin expectativa</p>	<p>ND: Una mujer Busca algo Almacén de maíz No sabe que hará en el futuro NI: Sin expectativa Vigilante Espera Pasividad</p>

2	<p>ND: Estaba aprendiendo. Lo estaba haciendo bien. El violín se rompió. Muy triste. Desconcertado. No sabe que hacer. Las cosas se acabaron. No tiene remedio. Va a ser difícil tener otro violín.</p> <p>NI: Violín roto. Derrotismo. Sin expectativa.</p>	<p>ND: Sus hijos no le hacen caso. Enojada. Por estallar, por gritar, por golpear. Cansada. Harta. Que hagan las cosas cuando ella dice. Ordenada. Disciplina. Terminará en un fuerte reclamo. Fuerte regaño casi llegando a los golpes. Las cosas no son como ella quisiera.</p> <p>NI: Frustración. Madre agresiva, castradora, sobreprotectora. Orden.</p>	<p>ND: Emocionado. Recordando algo bonito. Algo agradable le ocurrió. Sonrisa pintada. Tranquila. Quiere volver a vivirlo, a recordarlo.</p> <p>NI: Añoranza en el pasado.</p>	<p>ND: Lado bueno. Tiene un recuerdo de la señora de atrás. Todo debe de estar bien, debe estar contenta. No vale la pena. No quiere hacer las cosas, no le importa nada. Indiferente a las buenas palabras. Sin expresión. Miedo. Indecisión.</p> <p><u>La mujer de atrás:</u> Lado oscuro. Conciencia. Insiste.</p> <p>NI: Madre vigilante, castradora, juzga. Frustración. Sin expectativa.</p>	<p>ND: Mujer con cabeza de hombre. Resucitada en otro cuerpo, hombre en cuerpo de mujer. Triste. No le agrada el lugar. Quiere hacerse daño, darse un balazo, terminar con su vida, deseo de no existir. Insatisfecho. No querer hacer las cosas.</p> <p>NI: Problema en la identificación del personaje. Deseos de muerte, autoagresión. Sin expectativa. Frustración. Incapacidad.</p>	<p>ND: Alguien quería hacer algo y nunca lo pudo lograr. Nunca llegó a su mente alguna idea, algo conciso. Se quedó en el intento. Él no hizo nada, se quedó en su pensamiento.</p> <p>NI: Frustración. Incapacidad. Sin expectativa. Frustración. Problemas con la identificación del personaje.</p>	<p>ND: Intención de aventarse. Sin rostro. No sabe si esté triste contenta o enojada. No quiere nada. Antes se ve una casa bonita, con jardín, balcón.</p> <p>NI: Sin expresión, problemas con la identificación del personaje, Suicidio. Sin expectativa. Frustración. Incapacidad.</p>
3	<p>ND: Le duele la cabeza por clase pesada. Aturdido. Es algo que a él le gusta. Va a tener que tener paciencia.</p>	<p>ND: Revisando que todo esté en orden. Muy a gusto por que llegará la gente. Buena anfitriona. Todos van.</p>	<p>ND: Ha sacado adelante las situaciones difíciles. Triste. No ha vivido lo que ella quería. Tranquilo.</p>	<p>ND: Teniendo un pensamiento malo, maléfico. Dañar a alguien, lo logrará. Con mucha adrenalina. Nerviosa.</p>	<p>ND: Pensando en suicidarse. Sola. No encuentra la salida de su problema. Se dará un balazo, se.</p>	<p>ND: Historia muy feliz. Todo lo que ha vivido queda en manos de ella.</p> <p>NI: Historia feliz. Paisaje.</p>	<p>ND: Un día pesado. Cansada. La señora disfruta y se siente bien. Tranquila.</p> <p>NI: Medio abrumador.</p>

	Lo va a lograr asumir NI: Medio abrumador Logrará tocarlo, intro yección del deseo paterno	a querer comer y estarán muy contentos NI: Afiliación Búsqueda de apoyo Orden	dad Se siente bien Logrará llegar a donde ella quiera NI: Tristeza Soledad Frustración Logrará sus metas	<u>La mujer de atrás:</u> Pensamiento malo NI: Agresión, hostilidad	va a morir Muy triste NI: Problemas con identificación del sexo del personaje Deseos de muerte Autoagresión Tristeza Sin expectativa Frustración incapacidad		
4	ND: Pensativo Acordarse de las notas que anteriormente practicó Alegre Lo logró tocar NI: Alegre Introyección de la tarea, Alegre	ND: Buscando a alguien No logró escuchar a alguien Alivio al encontrar a alguien Tranquila NI: Afiliación Búsqueda de apoyo	ND: Pensativa Añorando algo que dejó en el pasado Mirando a alguien que ya perdió Triste todavía NI: Tristeza Soledad Autorreproche Añoranza del pasado	ND: Sombra del pasado Algo la sigue La atormenta Vive con esa sombra, no le preocupa, lo superó, no le incomoda, está tranquila. NI: Madre vigilante, castradora, hostiga Frustración	ND: La muerte nos ata Atado sin cadenas Rostro indefinido, sin expresión Sin personas NI: Problemas en la identificación del sexo del personaje Frustración Incapacidad Soledad	ND: No hay nada NI: Sin expectativa Sin proyección Resistencia a la prueba	ND: Ella está entre el puente donde está la oscuridad Él define la luz que puede iluminar la realidad de las cosas Oscuridad/luz Bien/mal NI: Polaridad Problemas en la identificación del personaje
5	ND: Cansado Agobiado No sabe que hacer Deprimido Lo están obligando Él no quiere Presionado Triste Enfermo NI:	ND: Preocupada Hijo enfermo No puede descansar No puede estar tranquila Quiere estarlo vigilando Con	ND: Melancólica Fuera de lugar Preocupada Deseos de estar con sus hijos Desea volver pronto NI: Tristeza	ND: Hacían caso omiso Ignora a su madre <u>La mujer de atrás:</u> Sola Necesitaba el apoyo de su hija Abandona da Se murió sin la	ND: Una mujer Perdió a su esposa y no se resignaba No quería salir Se resistía Soledad Sufrimiento Deseo de muerte Su hijo se	ND: Un matrimonio se quería Él fallece, enfermedad oculta, afecta la vida de todos NI: Incapacidad Sin expectativa	ND: Busca a su esposo Esposo trabaja arduamente, que son muy estrictos Implora a Dios Desea liberar a su esposo

	Medio abrumador Sin expectativa Incapaci dad Some- timiento Imposición Tristeza Frustración Incapaci dad Evasión en enferme dad	esperanza NI: Madre castradora Madre vigilante Sobreprote ctora	Frustración Añoranza del pasado	compañía de su hija NI: Madre que juzga, vigilante Autorreproc he Culpa	preocupab a por su bienestar NI: Soledad Sin expectativa Triste Desespe ranza Deseo de muerte	Quiere gritar pero no la escuchan Salvar a su esposo Se van lejos con toda la familia NI: Deseo de rescate Ayuda de Dios Incapaci dad Frustración Soledad, búsqueda de afiliación	
6	ND: Ansioso Contento Padre le había prometido un violín Cuando lo tuvo ya no supo que hacer con él Le va a ir bien Cambiar Tocar/jugar Valoró lo bueno Repartir su tiempo entre las dos actividades NI: Expectativa de los padres, ideal del yo Introye cción de la tarea Incapaci dad Medio	ND: Al pendiente de lo que hacen sus hijos Puerta cerrada, travesuras Es cansado e incómodo Decidió confiar en su hijo y no interrumpir Vive sola Inquieta Decide darle más confianza a su hijo NI: Madre vigilante, sobrepro tectora Ansiedad Madre castradora	ND: Trabajando todo el tiempo Cansada, quiere descansar Disfrutar el tiempo Sentir energía Caminata por el bosque NI:: Medio abrumador	ND: En expectativa de lo que dice la otra mujer No cara de angustia Tranquila Vigilada <u>La mujer de atrás:</u> Adulta Vigilando NI: Madre vigilante, hostiga	ND: Miedo, crece con miedo Todo mundo tiene algo que hacer Entra por necesidad Tranquilida d de saber que él era así desde niño NI: Frustración Incapaci dad	ND: Niños hacen algo para la gente Juegan para no sentirse solos, Para sentirse aceptados Se vuelven a reunir de adultos y otra vez juegan Juegan a las escondidill as Miedo a la oscuridad No sabe contar Se divierten Contentos Expectativa Juego de protección Inexperto El tonto del grupo NI:	ND: Tomarse un tiempo Beneficiad a por las aguas La gente que vive gracias a las aguas del río Temor A la espera de que se desborde el río No hay problema, todavía el río está a buen nivel Pueden seguir con sus actividades Comisiona da para vigilar los niveles Atenta A la expectativa NI: Vigila

	abrumador					Afiliación Necesidad de aceptación	Miedo Expectativa
7	ND: Mover con su mente el objeto Poderes mentales Concentración Moverá los objetos NI: Ideas extrañas Omnipotencia	ND: Niño encerrado Mamá preocupa da, no sabe lo que hace el niño, al pendiente, buscando No se ha percatado de que el niño mueve las cosas Casa antigua, en otro siglo La mamá no se dará cuenta de que el niño mueve las cosas, pero éste si lo hace NI: Madre vigilante, sobreprotectora Falta de atención	ND: Vendedora de fruta o flores Preocupa da Se le van a echar a perder Mañana no podrá venderlas Tiene que llevar dinero a su casa Le dará de comer a sus hijos la fruta que tiene NI: Sin expectativa Familia	ND: La muerte acecha Ángel y muerte cerca Se va a morir, tendrá un accidente Muerte satisfecha, se llevará a una más No es quizá la indicada por que es joven NI: Agresión, hostilidad, muerte	ND: Obra de teatro Vampiros Resurge el vampiro mayor Darle vida de nuevo Provocar todos los males Apocalipsis Rey de los malos NI: Deseo de muerte	ND: Sueños Todo puede pasar NI: Proyección pobre Resistencia a la prueba	ND: Señal de Dios Presencia de Dios Una persona ha sido tocada por la palabra de Dios Cambiar su vida No más feliz, pero más tranquila Encontrar cosas buenas NI: Dios
8	ND: Padres muy exitosos Lo mandaron a la escuela Pensativo Rebelde Concentrado Indeciso En un dilema Finalmente empieza a tocar NI: Ideal del yo alto,	ND: Alguien escuchando Sutil No está escondida Descubriendo Asustada Mamá Nerviosa Imaginando o algo malo Todo está oscuro NI: Madre vigilante Ansiedad	ND: Pensando Reflexionando Melancólico Sola Lo que pudo haber hecho/cont estado y no hizo NI: Tristeza Soledad Autorreproche	ND: ¿hombre o mujer? Influenciado o por alguien Mayor No lo mira de frente, nada más lo escucha Apático No le hace caso <u>La mujer de atrás:</u> Constantemente atrás de él	ND: Mucho sufrimiento Muere un familiar Muy triste Muy deprimido Muy tenso Todo se ve oscuro Finalmente saldrá, no se quedará ahí NI: Sufrimiento Tristeza Desesperanza	ND: Colorido Paisaje, flores, arcoiris Niños Armonía Juegos Felicidad NI: Historia feliz	ND: Aguas tranquilas Calma Nublado pero hay luz Después de la tempestad viene la calma NI: Polaridad

	difícil de superar Rebeldía Introyección de la tarea Sometimiento			Conciencia Instiga Atosiga Aconseja para que haga tal o cual cosa NI: Problemas identificación del sexo Madre castradora, hostiga, aconseja	Soledad		
9	ND: Pensativo Triste Interpretar su propia canción No le gustó su canción No quedó bien con el público NI: Tristeza Autorreproche Incapacidad	ND: Mamá asomándose a la habitación de un hijo Tranquila de saber que ya está descansando su hijo Nivel interpretativo: Madre vigilante, sobreprotectora	ND: Mamá Triste Pensativa Incertidumbre en el futuro NI: Tristeza Sin expectativa en el futuro	ND: Atentas Determinan si está bien o está mal Contentas <u>La mujer de atrás:</u> Pensativa Algo no le parece NI: Madre juzga	ND: Casa en medio del panteón Visitar a alguien, le pidió algo Los dos están muertos, Va a depositar algo Fantasma La tranquilidad lo ahoga Fuera de tiempo NI: Deseo de muerte Autorreproche, culpa Soledad Incapacidad	ND: Blanco NI: Sin expectativa Sin proyección Resistencia a la prueba	ND: Hotel construido al lado de una isla Mar/océano Dios hace cosas maravillosas Sonrientes Tranquilos Observador Imaginando NI: Dios Espera
10	ND: Observador Contempla Sueña que algún día lo tocará Le atrae Ya había escuchado esa música antes NI: Ideal del yo Expectativas	ND: Madre se asoma a ver a sus hijos Los hijos serán triunfadores felices con sus trabajos y sus vidas NI: Madre vigilante Ideal del yo	ND: Pensativa Reflexionando Tranquila Nostálgica Mirada profunda Confiada en los procesos de la vida NI: Añoranza del pasado	ND: Fortaleza Juventud Energía Dinámica Emprendedora Decidida <u>La mujer de atrás:</u> Proceso de desarrollo Tranquila Descuido en ciertos	ND: Tétrico Enojado Triste Vida opaca Delgado Sin esperanza en un futuro diferente NI: Tristeza Sin expectativa Incapacidad,	ND: La vida le ha dado una oportunidad de crecimiento Aprender Cada decisión marca el futuro NI: Expectativa Aprendizaje	ND: Mujer observando Tranquila Disfrutando Va a llegar a casa NI: Observa Llegará a casa

	Seguir el camino paterno		aspectos para llegar a la vejez NI: Expectativa	Frustración			
11	ND: Los padres quieren que aprenda, él no quiere Tiene que obedecer Frustrado Pensando Lamentán dose Se tiene que tranquilizar Tocará no por darle ya gusto a sus papás sino por que lo va a hacer NI: Imposición padres, Frustración Sometimiento Intro yeccion de la tarea	ND: Alguien que la auxilie Llama a alguien para que vaya a ayudarla No hay nadie en casa Ella sola tendrá que cargar los bultos y meterlos a la casa NI: Afiliación Búsqueda de apoyo	ND: Ama de casa Imagina ndo/soñando Como cenicienta Se imagina a su príncipe azul Algo extraordinario Se cumplirán sus fantasías Tranquila NI: Rescate Se cumplirán sus fantasías	ND: Juventud Belleza Inexperencia Al final lo va a entender <u>La mujer de atrás:</u> Ansiosa Ya no es bella Experiencia en la vida Haciendo observaciones sobre él comportamiento Espera la reacción Problemas para convencerla de que está en un error NI: Frustración Intro yección del deseo materno Ideal del yo	ND: Dedos huesudos Malo /Asaltante No quiere hacer daño Pide algo/ruega Enfermo Vida desbalagada, alcohol, drogas Pide algo a la persona enterrada Arrepentido rogando Cuenta algo clave Algo doloroso Todo tiene consecuencias/todo se tiene que pagar NI: Autoocastigo Culpa Autorreproche	ND: Nube sin contaminación Salir con alguien NI: Historia feliz Paisaje Afiliación	ND: Capataz grosero con los trabajadores, los fuerza Trabajadores encorvados paquetes grandes y pesados Cansados Eclipse Mujer esperando a uno de los trabajadores, que es su esposo Se van a ir a descansar y a comer a su casa NI: Trabajadores explotados Polaridad: Irán a casa, afiliación
12	ND: Indeciso A sus papás no les gusta y a él si Deprimido NI: Tristeza Frustración Rebeldía	ND: Ama de casa Preocupa da Casa ordenada, limpia Triste Sombria, oscura NI: Ansiedad Tristeza Orden	ND: Sufriendo Pensando Preocupa da Tranquila Serena Reflexionando NI: tristeza	ND: Tranquila vida joven <u>La mujer de atrás:</u> Muerte Anciana Acecha NI: Madre vigilante Deseos hostiles, muerte	ND: Ahí se lleva el alma Esperando Es la muerte se va a llevar a alguien Tétrico NI: Soledad Muerte	ND: Nada Quizá termine dibujando o rayado Casa, jardín, alberca, sol, flores, árboles, paisaje bonito, montaña, mar. NI: Paisaje	ND: Pescador Puerto Agua Sol brilla Mujer esperando la llegada de un ser querido Esperanza Final feliz Hombres desembarcan

							NI: Espera Afiliación
13	<p>ND: Quería estudiar pero no tenía violín Los violines son caros Triste No sabe con tocarlo Ganas de aprender Buscará a alguien que le enseñe Estudiar en el INBA-conservatorio-sinfónica Viajar Terminará adulto llegando a sus metas NI: Tristeza Intro yección de la tarea ideal del yo,</p>	<p>ND: Señora Casa bonita, ordenada Triste Sola Espera a alguien que le haga compañía Desubica da, desconcertada Se quedará sola NI: Orden Tristeza Soledad Afiliación Búsqueda de apoyo</p>	<p>ND: Estudiante-alegre Profesionista Bien a secas Alegre, pero no muy alegre Piensa en su futuro Formar una familia Especializarse como profesio nista Realizarse como mujer, esposa NI: Ideal del yo Metas futuras</p>	<p>ND: No tan joven Carácter débil Introverso Esposa Triste No realizada Nada más ama de casa Callada Repliega sus sentimientos <u>La mujer de atrás:</u> Papá rígido que no dejaba expresar sus sentimientos Futuro: mujer vieja y sola Que hubiera pasado si ella hubiera tenido iniciativa Termina sola y triste NI: Frustración Incapacidad Sin autonomía Madre castradora Autorreproche Tristeza Hostilidad reprimida</p>	<p>ND: Era feliz Tenía una familia, una casa Triste Perdió a un ser querido, o varios Vida sin sentido Atado Carga con muchas cosas Inmovilidad Vida oscura y triste Deseo de morir Demacrado apariencia cadavérica Sin expresión humana Termina muriéndose de tristeza NI: Problema en cuanto a la identificación del sexo del personaje Sin expectativa Tristeza Deseo de muerte Incapacidad</p>	<p>ND: Señora jugando con la bicicleta Película El niño se ve chico pero en realidad es grande Niño: feliz, jugando con su mamá Sin presiones La mamá no le dedica el tiempo suficiente al niño NI: Historia feliz Afiliación</p>	<p>ND: Día bonito, soleado Percepción diferente a la realidad: día nublado Pensamientos de muerte Que alguien la rescate Quisiera ser buena para solucionar NI: Polaridad. Deseos de rescate Incapacidad</p>

En la siguiente tabla se muestran los resultados obtenidos en las láminas del Test de Apercepción Temática, tanto a nivel descriptivo como interpretativo. Se encuentra dividido en las 7 láminas aplicadas, así como por los 13 sujetos que conforman el grupo B.

Tabla 14 integración de los resultados obtenidos por el grupo B en el Test de Apercepción Temática. Nivel descriptivo (ND) e interpretativo (NI)

<u>Sujetos</u>	<u>1 El chico del violín</u>	<u>5: Mujer de edad en la puerta</u>	<u>8NM: Mujer pensativa</u>	<u>12M: La celestina</u>	<u>15: En el cementerio</u>	<u>16: Lámina en blanco</u>	<u>17NM: En el puente</u>
1	<p>ND: Regalo para su mamá Componer una canción para su mamá Feliz Pensativo Satisfecho Le va a gustar mucho a su mamá NI: Expectativa Cumplir con el deseo de los padres Aceptación</p>	<p>ND: Haciendo quehacer Mamá asomándose para ver que hace el niño Fodonga Intrigada NI: Madre vigilante Desmerita a la madre</p>	<p>ND: Pensativa Esperando al novio Contenta Ropa cómoda Divagando Fue un momento de relajación, se parará y continuará con lo que hacía NI: Otra actividad Descanso</p>	<p>ND: <i>Aversión a la lámina</i> Pensando que hacer una decisión <u>La mujer de atrás:</u> No tiene mucho de bueno NI: Madre castradora, mala, influye en las decisiones</p>	<p>ND: Mala Asesino Cometió un crimen Arrepentido en apariencia, no puede arrepentirse Nunca va a regresar NI: Autorreproche Culpa Deseos hostiles</p>	<p>ND: Frijol blanco Explota al caminar por una estufa Se abre la panza Su amiga aguja lo cose De ahí surgen los frijoles blanco con negro NI: Historia feliz Afilación</p>	<p>ND: Trabajadores descargando mercancía Patrón/obros Esposa esperando Soleado Medio nublado Mucho tiempo sin ver al marido Descanso después Contenta Semanas de trabajo NI: Obreros/patrón Polaridad Espera, afiliación</p>
2	<p>ND: Se omite el violín o la música No tenía ganas de trabajar Molesto Enojado Cansado Con sueño</p>	<p>ND: Madre-hijo Platican Comen Normal Seria NI: Resistencia a la lámina Afilación</p>	<p>ND: Pensando Soñando Va a dejar de pensar Algo la hará moverse Continuar con sus actividades</p>	<p>ND: Hombre Observan do Enojado/Asombrado (un ojo y un ojo) Algo inesperado Tranquilo/S</p>	<p>ND: Alguien murió Espíritu Cielo/infierno Serio No se siente bien NI: Muerte</p>	<p>ND: Desapareció la persona Hoja de papel Alguien va a escribir en la hoja Alguien la guardará o</p>	<p>ND: Soleada Nubes Problema Pensativo Triste NI: Polaridad Tristeza</p>

	Problema en casa No lo impulsan La maestra debe de reportarlo a su mamá El niño debe aprender a aceptar las situaciones NI: Represión Medio abrumador Malfuncionamiento familiar Introyección de la tarea Someti miento	Enojada/ Tranquila (de cerca y de lejos) Enamorada NI: Continuará con sus actividades	ereno <u>La mujer de atrás:</u> Muerte Espíritu Le está hablando Voz interna La hace pensar y no actuar impulsivamente NI: Problemas en cuanto a la identificación del sexo del personaje Madre que aconseja, controla Muerte	tirá NI: Historia Resistencia a la prueba			
3	ND: Pensativo Le cuesta trabajo Le pide a su mamá que lo lleve a clases Interesado No era tan fácil como pensaba Persistente Preocupa Frustrado Feliz Esfuerzo recompensado Lo logrará tocar NI: Medio abrumador a Incapacidad Introyección de la tarea Afiliación	ND: Buscando a su hijo Jugando a las escondidas Ocupada en los quehaceres Bien, por que compartió momentos con su hijo NI: Madre vigilante	ND: Pensativa Recordando Día pesado en el trabajo Añorando los tiempos en los que estaba más tranquila A gusto NI: Añoranza en el pasado	ND: A gusto con lo que logró en su juventud <u>La mujer de atrás:</u> Su propia imagen cuando sea mayor Mujer que se realizó Alcanzó sus metas que buscaba Vejez tranquila Recordando las cosas buenas NI: Mujer realizada Introyección del deseo materno	ND: Triste Perdió a un ser querido Vivió cosas alegres y buenas con una persona Triste por que ya no está Superará ese dolor Tranquilo NI: Tristeza	ND: Comienzo Empezar de cero Cosas buenas, alegrías, satisfacciones Felicidad Tranquilidad NI: Historia feliz	ND: Sol muy brillante Pasea saliendo del trabajo En la casa la espera su familia A gusto Feliz NI: Afiliación, Llegar a casa Familia

4	<p>ND: Leyendo/es tudiando Pensativo Concentra do Dedicado Va a tocar una melodía que él ya sabe, va a practicar Tocarla cada vez mejor NI: Represión, omite el violín Ideal del yo Intro yección de la tarea</p>	<p>ND: Checando que todo esté en orden Entra a ver a sus hijos Vigilando que estén tranquilos Casa bonita y ordenada Bien vestida NI: Madre vigilante Sobepro tectora orden</p>	<p>ND: Hermosa Sentada Detrás hay un espejo Meditando/ Tranquila/R elajada Imaginand o Naturaleza Va a seguir con sus actividades Disfrutando un momento de su soledad Rutina diaria NI: Continuará con sus actividades</p>	<p>ND: Joven Bonita La mujer de atrás: La esencia es la misma Belleza interna se mantiene Pensativa Un poco diferente a cuando era joven Los dos lados de la vida Todos vamos a llegar a esto NI: Introye cción del deseo materno</p>	<p>ND: Espantado Se hace chiquita Feo Le está diciendo algo que en su momento no se lo dijo Oscuro Necesitaba paz Seguirá con sus actividades cotidianas NI: Arrepenti miento Culpa</p>	<p>ND: Familia Mar, arena, brisa Se libera una tortuga Relajados Contentos Felices NI: Historia feliz Familia</p>	<p>ND: Río corre lento Tranquila Relajada El sol se oculta Saliendo de su trabajo Disfrutar de la naturaleza Va a ir a casa con su familia NI: Familia Afilación</p>
5	<p>ND: Preocupa do Mochila Se quedó dormido Omite el violín NI: Represión Evasión</p>	<p>ND: Escuchó que la llamaban Busca algo Sorprendi da NI: Afilación</p>	<p>ND: Pensativa Recordan do cosas/algui en Triste al recordar NI: Tristeza Añoranza en el pasado</p>	<p>ND: Joven Semi sonriente <u>La mujer de atrás:</u> Adulta, 3° edad Recordánd ose de joven Pensativa Tranquila NI: Introye cción del deseo materno</p>	<p>ND: Ocultá ndose en la oscuridad Busca algo Triste Enojado No sabe que hacer No sabe a que dirección va NI: Tristeza Sin expectativa Incapaci dad</p>	<p>ND: Campo verde Niña jugando Felicidad Sin preocupaci ones Familia NI: Paisaje Historia feliz Familia</p>	<p>ND: Transpor tando Alguien supervisa Esclavitud Cargas muy pesadas Sol resplande ciente Tranquili dad NI: Tirano Espera</p>
6	<p>ND: No le gusta tocar el violín Sus padres se lo impusieron Él quiere dibujar Tortura Le cuesta entender a sus padres Tenía que</p>	<p>ND: Llega de improviso Siempre preocupa da por lo que piensa que la gente habla de ella Insegura Escucha</p>	<p>ND: Enamorada Pensativa Romántica Buenos pensamien tos Emociona da Vio a la persona que ama Pareja</p>	<p>ND: Le preocupa mucho envejecer Tiene que pasar una buena vida Positiva Le preocupa como va a pasar la vida</p>	<p>ND: <i>Dificultad con la lámina</i> Tumba de su hijo No reconocer a su hijo Hijo se accidenta Angustiado Preocupa</p>	<p>ND: Dibujo Posibilidad es para iniciar algo Canción, pensamient o Nivel interpretat ivo: Expectativa Pobre proyección</p>	<p>ND: Personas explotadas Preocupad a por la situación Busca una solución para ayudarlos a mejorar en su vida económica</p>

El chico del violín, Mujer de edad en la puerta, Mujer pensativa., La celestina, Cementerio, Blanco, En el puente

Grupo B

	ser músico como sus papás Quiere expresarse a través del arte, no de la música Aprenderá el violín, pero lo dejará en cuanto pueda Frustrado Deprimido Desilusionará a sus padres si dice la verdad NI: Frustración Tristeza Sometimiento Imposición padres Culpa	conversaciones ajenas Piensa que siempre está involucrada La gente está cansada de ella Nerviosa NI: Madre vigilante, castradora Ansiedad desparanoides	ideal Tendrán un buen final como pareja NI: Logrará sus metas	Le preocupa su apariencia Se terminará viendo como ella no quería NI: Preocupada Frustración Introyección del deseo materno	do Triste por no haber hecho algo por él Trata de solucionar los problemas con personas a las que le dio la espalda NI: Autorreproche culpa	Resistencia a la prueba	El hombre sabe que puede ayudarlos pero no quiere Hombres tristes, preocupados Mujer los termina ayudando, tienen una mejor vida NI: Explotación Tirano Mujer rescata
7	ND: 9 años Pensativo Preocupado Decidirá tomarlo y practicar NI: Introyección de la tarea	ND: Vigilando que todo esté en orden Viendo que alguien esté ahí Limpio Supervisan do que haya quedado bien Optará por salirse NI: Madre vigilante Afiliación Orden	ND: Joven Pensativa Meditando Ropa cómoda Terminará de meditar y se levantará NI: Otra actividad presente	ND: Mujer joven Piensa algo feo Alguna preocupación Algo la atormenta Algún problema Continuará pensando en eso NI: Introyección del deseo materno	ND: Problemas serios Atrapado Problema muy grande Termine en la muerte NI: Deseos de muerte Sin expectativa Frustración Incapacidad	ND: Salud Esperanza Tranquilidad Siempre hay una solución NI: Expectativa	ND: Desea suicidarse Pensando Se va a ir NI: Deseo morir Depresión
8	ND: 10, 11 años Concentrado Vio a una persona Deseos de	ND: Clase media a humilde 35 años Sorprendido a Agradable,	ND: 38. 40 años Mirada perdida Bonito paisaje Concentra	ND: hija Estudiado Trabajado Trata de recuperar se Más	ND: Lastimado Decaído Cansado Llevaba una vida aparente	ND: Niña de 10 años querida por su familia Sin problemas Jugar	ND: Juan Padre pescador Sacrificio del papá para llevar el sustento

El chico del violín, Mujer de edad en la puerta, Mujer pensativa., La celestina, Cementerio, Blanco, En el puente

Grupo B

interpretar una melodía Regalo de su papá Instrumento o costoso Gran concertista Reconocido en todo el mundo Darle satisfacción a su familia Nostálgico Feliz Con su familia NI: Expectativa cumplir con el deseo de los padres Intro yección de la tarea Afiliación, necesidad de aceptación Culpa Ideal del yo	armoniosa Algo delicado Pensó que algo había pasado Hijos Ruidos en la noche Miedo Situación económica deteriorada Hijos hacen manualidad es para vender Personitas que no se alcanzan a percibir Mejora la situación económica Se sentía angustiada Tanto sacrificio Tantos consejos Cumplido bien como madre, los niños de bien Todos NI: Desmerita a la madre Ansiedad des paranoides	da Recuerdos Añora las situaciones pasadas Ilusiones futuras Estaba a gusto Cambio radical de vida Playa, mar Cambio favorable Añora la comodidad de la ciudad, pero aquí tiene paz Vida más sana No podrá ser una persona que aspire más profesional mente pero tendrá vida tranquila Persona con quien compartir Contacto con la naturaleza Mascotas la acompañan Feliz En ocasiones tristeza y soledad NI: Añoranza del pasado Frustración Tristeza Autorreproche	dinero=dejar de sufrir Vida más sana Todavía tiene Aspiraciones limitadas Cargar con la sombra a futuro Cargar con la mirada de su madre siempre al pendiente de sus actos Muchas ilusiones Buscando respuestas <u>La mujer de atrás:</u> Madre Anciana No esta conforme con su hija, con lo que ve en ella amargura Presionado a la hija para trabajar Cansada de apoyar a su hija Conflictos, cada una busca su superación Ya le había dado demasiado Pedirle cuentas Le cuida la espalda Guía Que no se vaya por un camino	mente normal Cambiar su vida Problemas de salud por desvelo/ fiestas/exceso de trabajo Enfermo Sepulta a amigos/ilusiones/deseos/aspiraciones/proyectos Tenía aspiraciones de crecimiento, familia No darle valor a lo que realmente importaba Perdió gran parte de su vida Grande Desgaste físico y mentalmente Tranquilo Sin fuerzas para seguir Hundiéndose NI: Culpa Autorreproche	Estudiar Apoyo de todos Su papá la quería mucho La mejor etapa. La de estudiante Crecimiento Deseo de crecer Superarse Pareja Aspiraciones Ilusiones Llegar a ser madre Familia perfecta Completa Realizada Hijos profesiones Familia perfecta Irse de la ciudad No le debe nada a la vida NI: Familia Expectativa Necesidad de aceptación Añoranza del pasado	Ayudar a sus padres cuando tuviera la edad Los dos son pescadores Apoyo mutuo Injusticia, unos trabajan más que otros Cuanto sudor para ganarse unos cuantos pesos Capataz los fuerza, los lastima Desanimado La vida debería ser más justa para todos Vida tranquila= trabajo, llevar el sustento Personas sufren más que otros Defraudado El mar puede traer nuevas esperanzas NI: Esclavitud/ obreros Piensa que a ella le pasan cosas peores que los demás
---	---	---	---	---	---	---

				que no debe Al pendiente de lo que va a hacer Siempre cuestiona Burla NI: Ideal del yo Madre , vigilante Autorreproche Culpa			
9	ND: Tiene que tomar clase de violín No quiere hacer su tarea Pensando Tiene sueño Quiere salir a jugar Lo obligaron Tendrá que terminar haciéndolo NI: Imposición Sometimie nto Medio abrumador Intro yección de la tarea	ND: Estudio Oyó un ruido No es nada Caído algo NI: Ansiedad des paranoideas	ND: Pensando Imaginando el futuro de su hijo Preocupación Nostalgia Desarrollo de su hijo Tratará de tomar la mejor decisión NI: Indecisión Añoranza del pasado Logrará sus metas	ND: Juventud Disfrutar al máximo antes de verse como la otra persona <u>La mujer de atrás:</u> Vejez Después viene la muerte Que podría hacer si tuviera juventud NI: Intro yección del deseo materno Frustración Autorreproche	ND: Llena de problemas Busca el fin hacer algo para morirse NI: Deseo de muerte Sin expectativa	ND: Nada Hoja de papel Viaje en avión Nubes blancas Mar, playa Hotel Atardecer NI: Paisaje	ND: Una persona ve como los demás trabajan Supervisan do antes ella trabajaba como los demás Se siente bien pero no súper Incertidumbre en el futuro NI: Vigila observa
10	ND: Triste No sabe si va a poder o no Preocupado Lo logrará hacer Chiquito Le cuesta trabajo Instrumento complicado	ND: Haciendo limpieza Revisando su casa Tranquila Seguridad Recibiendo /esperando a una persona Ansiosa Al pendiente	ND: Pensativa Pensando en lo que hace en su vida Recordando pasado Serenidad Ya toma las cosas con mucha tranquilidad Conciente	ND: Pensando en una situación que vive ahorita Viendo las cosas fríamente Sin importar lo que pase con los demás	ND: Visita a alguien importante Sola No valoró lo que tuvo Las cosas que hizo estuvo mal Egoísta Ya no puede ir a ver a nadie Triste	ND: Recordando su pasado en e presente Cosas diferentes Cometió errores pero tuvo aciertos Sintió sola y triste Alrededor	ND: Esperando a alguien Día cálido, bonito Esperando amiga/ novio Tranquila Contenta Disfrutando Tuvo problema en su casa

El chico del violín, Mujer de edad en la puerta, Mujer pensativa., La celestina, Cementerio, Blanco, En el puente

Grupo B

	Lo logrará hacer NI: Incapacidad Tristeza Medio abrumador Intro yección de la tarea	de la puerta Ya es tarde Terminará contenta por que llegará la persona a la que espera NI: Orden Afiliación Ansiedad	Ya hay paz interior Ya analiza Le está gustando su vida Lo que tiene es mejor que lo que tuvo No tropezar con la misma piedra Muy fuerte Su vida es diferente NI: Añoranza del pasado Logrará las metas	Solo piensa en resolver la situación del momento Está cometiendo errores Las decisiones no son las más correctas Segura Serenidad <u>La mujer de atrás:</u> Otra mujer Conciencia Aconseja de mala manera NI: Autorreproche Madre aconseja, hostiga	Conciente de lo que hizo NI: Autorreproche Tristeza Culpa	hay gente que la valora Ella es capaz de hacer las cosas Va a ser feliz A veces se deprime Siempre hay fuerza Contenta Tranquila Ya tiene paz NI: Autorreproche Expectativa	Pelea con su mamá/novi o aunque sea por una simpleza Desahogar se NI: Espera a alguien Afiliación
11	ND: Fastidiado No le gusta Sus papás lo metieron a clases Enojado Pensando en como librarse Pingo Convence a sus padres NI: Fastidiado Imposición Evasión Rebeldía	ND: Mamá buscando al niño Niño debería estar practicando Enojada Niño la convence NI: Demerita a la madre Rebeldía	ND: Pensando en su novio Enamorada Ahorita no esta viendo al novio Ensoñación No está triste NI: Afiliación Pobre proyección	ND: Mamá Platicando Esperan a alguien Ven Chismo rrean <u>La mujer de atrás:</u> Abuela NI: Madre juzga	ND: Sepelio Alguien murió Triste Muy mal Seguirá normal con su vida NI: Tristeza Continuará con su vida Represión	ND: Sin mucha escenografía Una carta por escribir Novio le va a escribir una carta a la novia Hoja en blanco Novio va a estar para llenar el hueco NI: Afiliación	ND: Puerto Novio marino Trabajar en barco de carga Dirige por que es más varonil Se siente bien por que está dirigiendo gente Cargar costales es más tedioso Día soleado Mujer figoneando NI: Mujer observa Tirano

12	<p>ND: Dormido o triste Aburrido Le dijeron que siguiera sus clases No le gusta Le gusta más hacer otra cosa Orden/deber de alguien mayor Se rehúsa No lo hará <i>Lapsus</i> : no va a estudiar lo que quiere escoger NI: Evasión Tristeza Imposición de los padres Rebeldía</p>	<p>ND: Usanza antigua Servidumbre entra Al cuarto de una mujer para ver si está despierta Servidumbre e limpia el cuarto NI: Demerita a la madre</p>	<p>ND: Pasó algo muy emotivo Pasó algo muy importante Momento de pareja Le dijeron que la quería Pensativa Otra actividad, se detuvo a pensar Pinta algún cuadro, escribe un libro Continuará con su actividad NI: Otra actividad Afiliación</p>	<p>ND: No tiene buena intención Vio/hizo algo indebido Mala Llevará a cabo alguna acción no correcta <u>La mujer de atrás:</u> Conciencia mala Aconseja algo indebido NI: Culpa Madre aconseja, mala</p>	<p>ND: Ciencia ficción Tétrica Imaginativa Roba las almas NI: Represión Pobre proyección</p>	<p>ND: Mi vida Amplia Niñez Juventud porvenir Felicidad Infinito Prevenir Sin fin NI: Expectativa Historia feliz</p>	<p>ND: Asomándose Se quiere aventar NI: Deseo morir</p>
13	<p>ND: Muy especial Sensibilidad a la música Su abuelo tocaba Entusiasmo Quisiera ser un gran músico Tiene que llegar a ser como su abuelo NI: Ideal del yo, Necesidad de reconocimiento</p>	<p>ND: Hace muchos años en Francia Familia con muchísimos problemas, momento difícil Situaciones extrañas Deudas Incertidumbre Padre muy difícil, vivió la guerra, sobrevivió, carácter duro Pelea, discusión enfrentamiento Madre intervenir</p>	<p>ND: Muy bonita, joven, Pensativa Paz/Tranquilidad Feliz Enamorada Ilusiones, anhelos Quiere viajar y conocer el mundo Hacer cosas diferentes Familia conservadora/muy unida Desarrollarse como mujer antes que nada Padres</p>	<p>ND: Hija muy entregada a Dios/ Religiosa/ Monja Maravilloso Nunca sola Compaginar cuidados de monja con cuidados a su madre <u>La mujer de atrás:</u> Dos generaciones Mujer mayor conservadora, religiosa Cerca de Dios Pecados</p>	<p>ND: Tragedia Vida muy dura, oscura Temores /Miedos Problemas Prejuicios Recriminación a la vida y muerte Quisiera estar enterrado Depresión terrible A punto de quitarse la vida. NI: Autorreproche Deseo de muerte Tristeza</p>	<p>ND: Mi vida Afortunada Amor Familia Padres preocupados Limitaciones económicas Educación/ Gimnasia Pleito hermanos Paseos Desarrollo profesional Esposo responsable, luchador, Mucho por hacer/ Crecer</p>	<p>ND: Lugar muy lindo Ciudad Cerca del mar Pesadores Recolección llevan a su pueblo Venden productos Ayudan a la gente a tener trabajo Llevan comida a su casa Mucho movimiento Mucho apoyo Piden a Dios Esposas NI:</p>

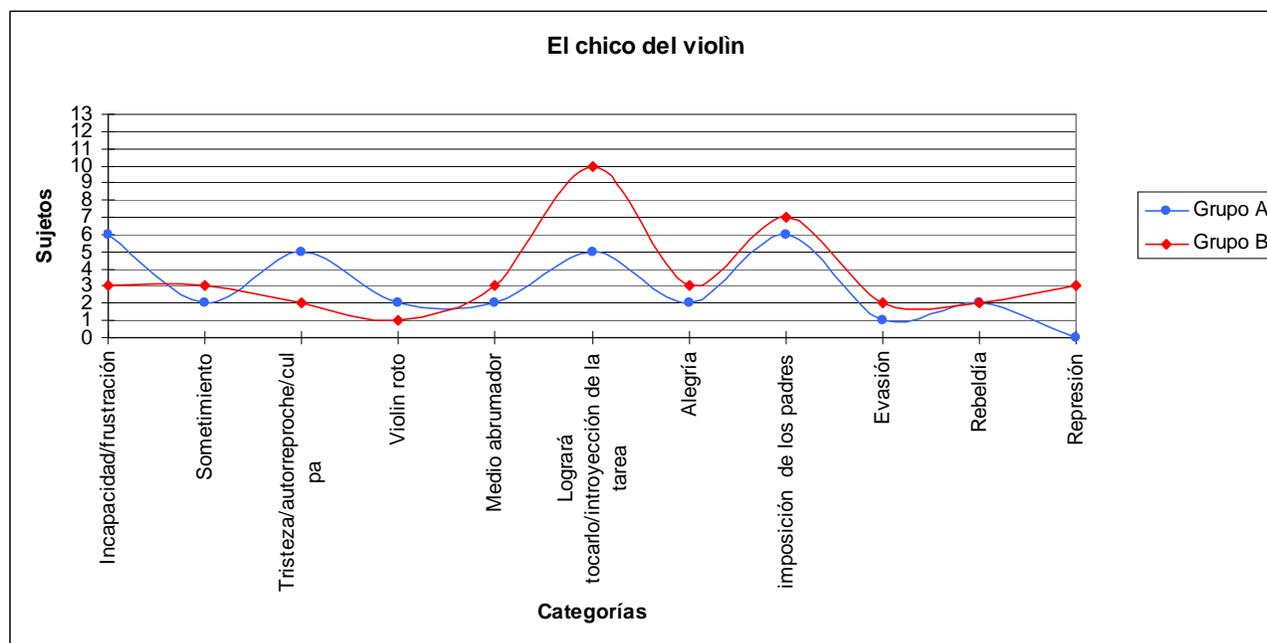
El chico del violín, Mujer de edad en la puerta, Mujer pensativa., La celestina, Cementerio, Blanco, En el puente

Grupo B

cautelosamente, tranquiliza al esposo Hija adolescente, enamorada Proteger a la hija. Dañar a toda la familia Apertura de la comunicación Valores conservadores NI: Disfunción familiar Padre autoritario, castrador, vigilante	inteligentes cultos, preparados Buena posición económica Padre hombre de negocios exitoso, catedrático Hijos desarrolla dos en el ámbito profesional Idiomas, música, baile, pintura Conocer lugares que su padre le ha platicado NI: Logrará las metas Ideal del yo	Debe/no se debe Inculcar los valores Apoyo de la madre Contenta por la decisión Madre siempre al pendiente NI: Introyección del deseo materno Culpa Madre vigilante, castradora	Bases suficientes NI: Familia Expectativa Historia feliz	Afiliación Dios
--	--	--	---	-----------------

• **Análisis gráfico de resultados e Interpretación**

Se extrajo la información obtenida en las láminas y se realizaron categorías de acuerdo a las respuestas obtenidas comparando a los dos grupos de la muestra. La integración se muestra en las siguientes gráficas.



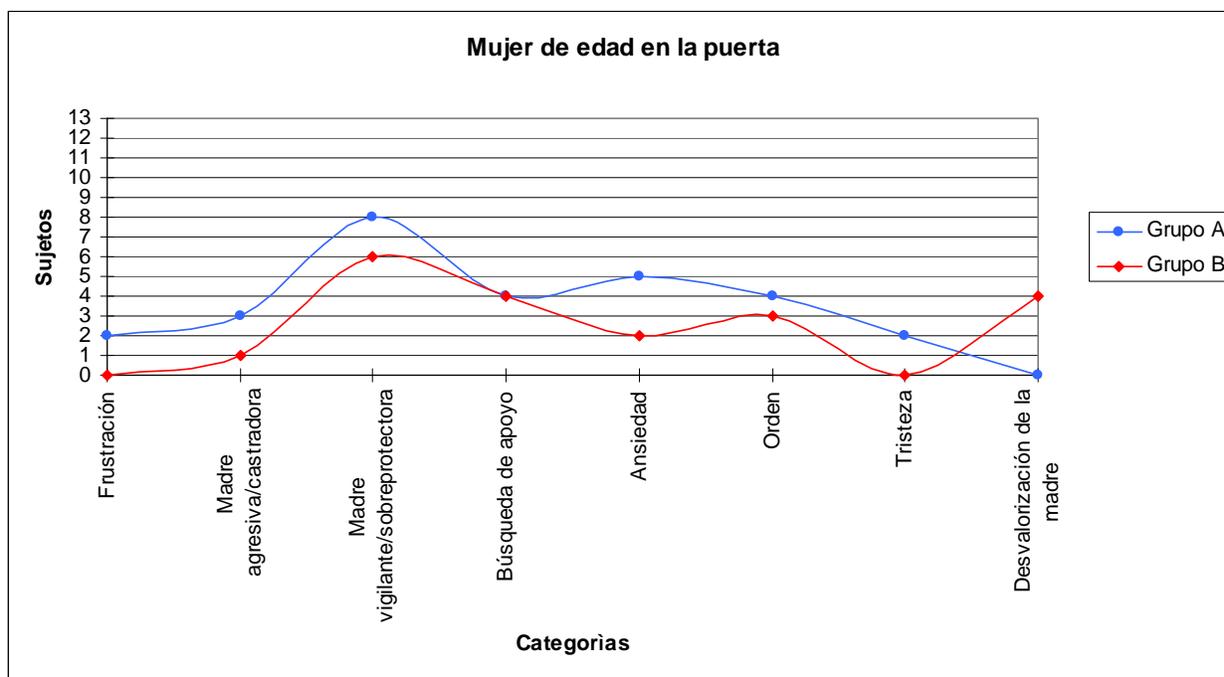
Gráfica 9: Resultados de la lámina 1: El chico del violín

Aquí podemos ver que en cuanto a los sentimientos, la tristeza y el autorreproche es lo que más se observa en el grupo A, lo cual se relaciona con la incapacidad o frustración que presentan estas mujeres, así como con su falta de expectativas en cuanto a poder concluir con lo emprendido. Aunque para ambos grupos se presenta la tarea impuesta por los padres con una frecuencia similar, lo cual estaría manifestando el carácter superyóico que presenta esta lámina en cuanto a la asignación de deberes, vemos una diferencia en ambos grupos en cuanto a la introyección de la tarea, ya que en el grupo B es más frecuente que se realice una introyección de la misma y que los sujetos efectivamente puedan efectuarla en un futuro, lo cual, estaría reflejando una autonomía e independencia de estas mujeres, contrariamente a las mujeres deprimidas en el grupo A, en donde la frecuencia de introyección de la tarea es menor, lo cual estaría

mostrando como estas mujeres se quedan a un nivel de frustración que no les permite desempeñarse creativamente en sus vidas, esto también explicaría los autosabotajes, y los autorreproches, conductas frecuente en las mujeres de este grupo.

Los sentimientos asociados al personaje de esta lámina, también difieren en cuanto a frecuencia entre los grupos, ya que la categoría referente a que el personaje se siente fastidiado, cansado, que la clase es muy pesada, se autorreprocha, etc., son más frecuentes en el grupo A, lo cual se correlaciona con lo anteriormente mencionado sobre la incapacidad y la frustración.

En la siguiente gráfica se muestran los resultados obtenidos para la lámina 5 que corresponde a “Mujer de edad en la puerta”, se muestra la comparación entre ambos grupos.



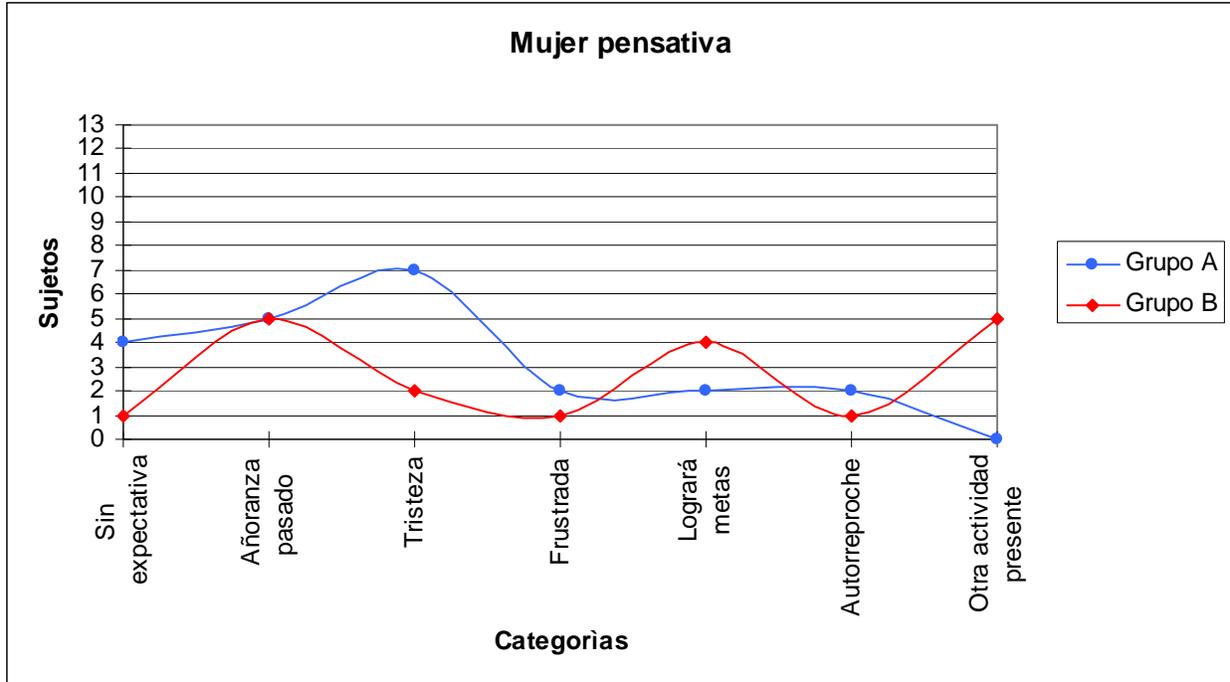
Gráfica 10: Frecuencia de respuestas por grupo en la lámina 5: Mujer de edad en la puerta

Con base a los resultados, podemos ver como para ambos grupos se ve la figura materna como vigilante y sobreprotectora, sin embargo se muestra con más frecuencia para el grupo A, de la misma manera ocurre con la categoría de la madre vista como agresiva o castradora, es importante observar que esta categoría no es la más

frecuente, siendo la sobreprotección la que más se presenta en ambos grupos, sin embargo, esta sobreprotección esta acompañada con una elevada frecuencia para la categoría de ansiedad frecuente en el grupo A, lo cual podría interpretarse en como esta categoría de la madre vigilante se convierte en un vínculo ansioso, que más allá de otorgar el vínculo de protección, genera un sentimiento de ansiedad y no genera una autonomía e independencia. Otro aspecto importante en esta gráfica se muestra en la categoría de desvalorización de la madre, la cual comprende respuestas como poner la figura de la mujer de edad en la puerta como la servidumbre, o bien otorgarle calificativos despectivos, lo anterior no se presenta en ningún caso del grupo A, lo cual podría interpretarse en como para las mujeres deprimidas la madre debe de ser considerada como una figura buena y respetable en todo momento, a pesar de la ansiedad que se pueda presentar en éste vínculo, lo cual estaría reflejando el conflicto divalente.

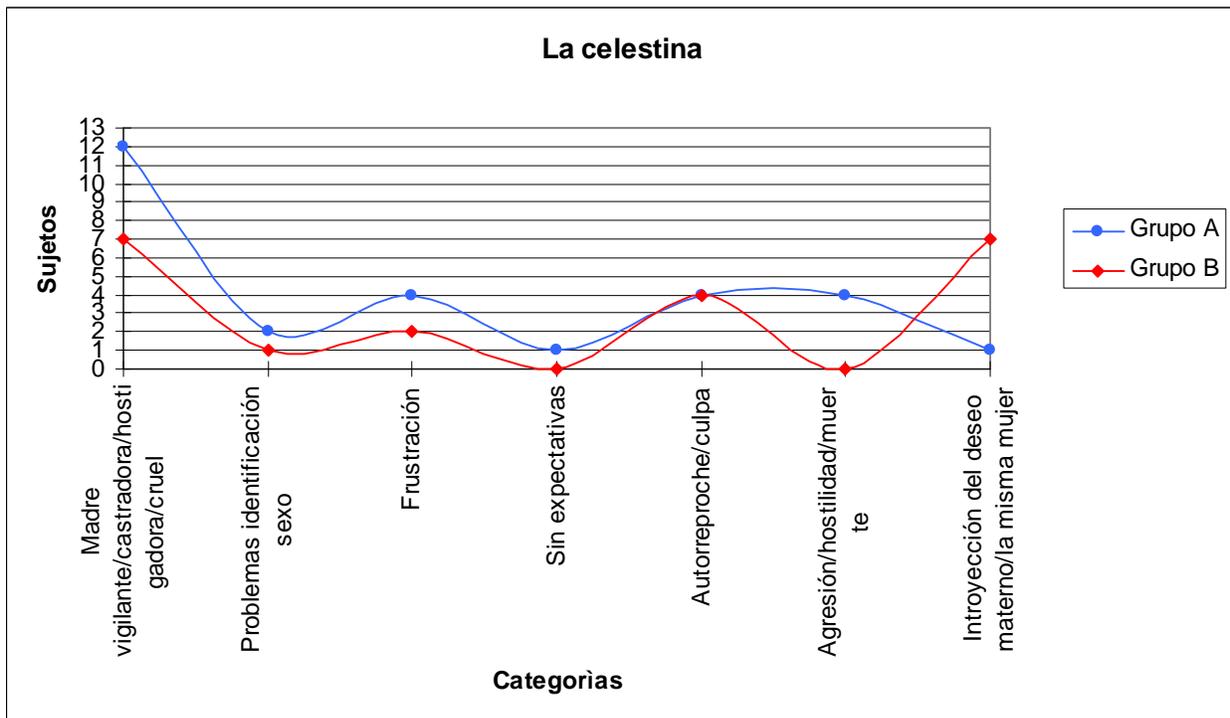
En la gráfica número 11 se observan los resultados obtenidos en la lámina 8NM correspondiente a "Mujer pensativa" en la cual se puede ver con la misma frecuencia para los dos grupos la categoría que concierne a la añoranza en el pasado, sin embargo, los sentimientos presentes en los dos grupos difieren, ya que para el caso de las mujeres deprimidas, esta añoranza en el pasado está asociada con sentimientos de tristeza y una falta de expectativa en el futuro, en donde se reiteran la frustración e incapacidad presentes en estas mujeres.

Es importante destacar que en esta lámina se puede proyectar la situación actual del sujeto, viéndose así que en el grupo B el personaje de la lámina se encuentra en la mayoría de los casos realizando alguna otra actividad, y en el momento presente de la historia el personaje está realizando un descanso, una pausa antes de continuar con sus actividades, esta característica no se muestra en las mujeres deprimidas, lo que muestra el estancamiento que se presenta en la vida de las mujeres deprimidas y su falta de expectativa en un futuro, además que esto se relaciona con lo obtenido en la entrevista clínica y la autobiografía referente a la sublimación en el trabajo de las mujeres del grupo B.



Gráfica 11: Frecuencia de respuestas por grupo en la lámina 8NM: Mujer pensativa

En la gráfica número 12 se muestran los resultados obtenidos en la lámina 12M correspondiente a “La celestina”.



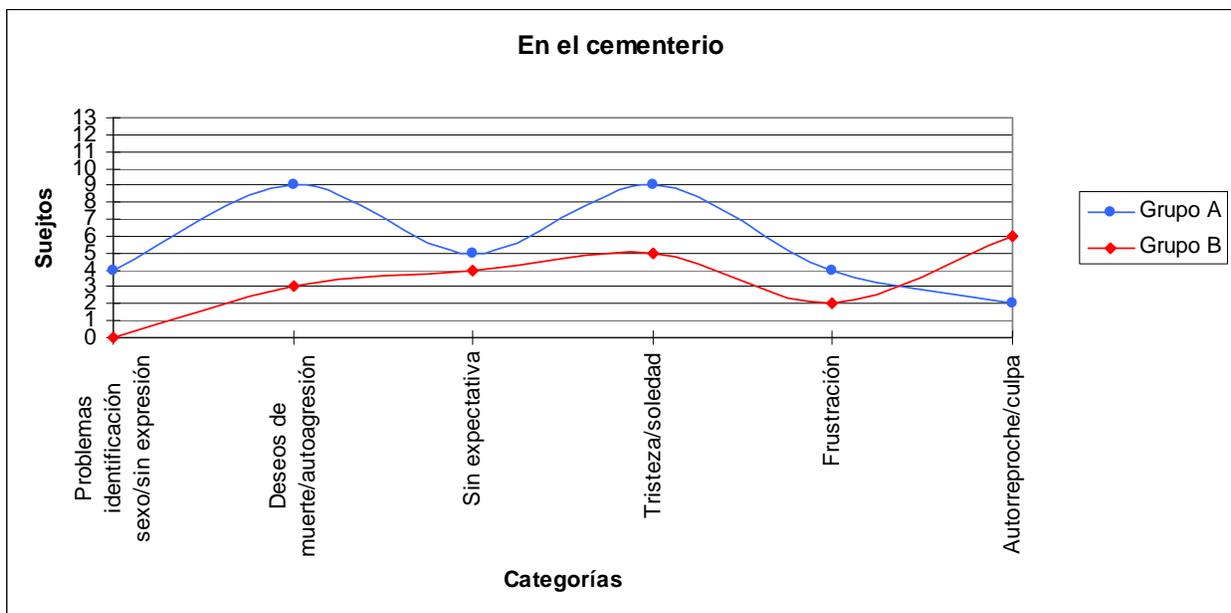
Gráfica 12: Frecuencia de respuestas por grupo en la lámina 12M: La celestina

En esta lámina se puede observar la relación madre e hija, que concierne directamente para los intereses de esta investigación en cuanto a la determinación del conflicto divalente. De manera similar que la lámina de “Mujer de edad en la puerta”, se muestra la categoría en la cual se describe a una madre vigilante, sin embargo, es en esta lámina donde podemos ver una clara diferencia entre las frecuencias entre ambos grupos. En el grupo A, se describe a una madre no solo vigilante, sino hostil, cruel y castradora, que juzga sobre el comportamiento, que aconseja de mala manera, etc., de ésta forma se puede ver la proyección que se realiza a la figura materna, la cual está al pendiente de su comportamiento, sin embargo es vista como una mujer represora, lo que se correlaciona con lo obtenido en la entrevista clínica en cuanto a las relaciones maternas. Otro aspecto importante a considerar en esta gráfica es lo que corresponde a la categoría de introyección del deseo materno, en la cual se incluyen historias en las que las dos figuras en la lámina son vistas como la misma mujer en su etapa joven y vieja, o bien, lo relatado manifiestamente como la relación madre e hija en donde ésta sigue los pasos declarados por su madre, sin mostrarse sentimientos de autorreproche o culpa. Lo anterior no es frecuente para el grupo A, ya que este deseo materno es visto como hostil y se busca por una parte diferenciarse del mismo, otra categoría frecuente en las mujeres deprimidas es la que corresponde a la agresión, hostilidad o muerte, dentro de la cual se incluyen respuestas en las que la mujer anciana de la lámina es vista como la muerte, o bien, como la consejera para efectuar algún daño a alguien, con lo anterior se puede interpretar, que no solamente hay un deseo por diferenciarse del deseo materno, si no que se presenta una hostilidad reprimida hacia la madre, esto aunado al sentimiento de frustración que aparece nuevamente como una categoría frecuente lo cual indicaría la presencia del conflicto divalente.

En la siguiente gráfica se muestran los resultados obtenidos en la lámina 15 correspondiente a “En el cementerio”. Se realiza una comparación entre los dos grupos de la muestra. Un aspecto importante en esta lámina es lo correspondiente a los sentimientos de culpa y autorreproche, los cuales, al contrario de lo que se esperaría son más frecuentes en el grupo B que en el A. Para esta categoría se incluyen respuestas en las cuales el personaje se arrepiente por las conductas realizadas en su

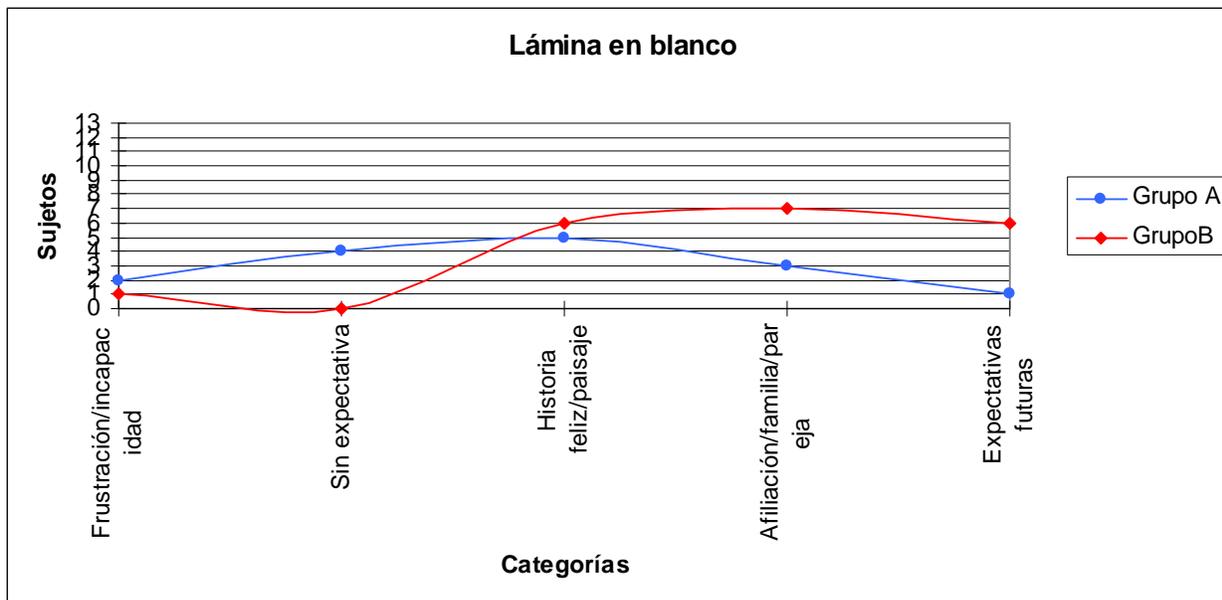
vida. Una posible interpretación del por que esta categoría se encuentra más elevada en el grupo B que en el A, podría deberse a que para las mujeres deprimidas, este sentimiento de culpa no se puede elaborar conscientemente, pasando así a un deseo de castigo, siendo éste la muerte o autoagresión, lo cual es una categoría frecuente para este grupo. Con lo anterior se mostraría el deseo de castigo del sujeto, sin saber conscientemente el porqué, lo cual se podría relacionar con el conflicto divalente, en donde manifiestamente no se puede tener un deseo hostil hacia la madre, éste se reprime, pero aparecen conductas destructivas, depresión, frustración, estancamiento, es decir no hay la expectativa de un futuro, o los intentos de suicidio frecuentes en estas mujeres.

Por otra parte, en el grupo A aparecen problemas en cuanto a la identificación del sexo del personaje, o bien éste es percibido sin rostro o sin expresión, especialmente en esta lámina, lo cual no se presenta en el grupo B, lo anterior estaría confirmando, la hostilidad reprimida, que no permite una identificación con el personaje de ésta lámina.



Gráfica 13: Frecuencia de respuestas por grupo en la lámina 15: En el cementerio

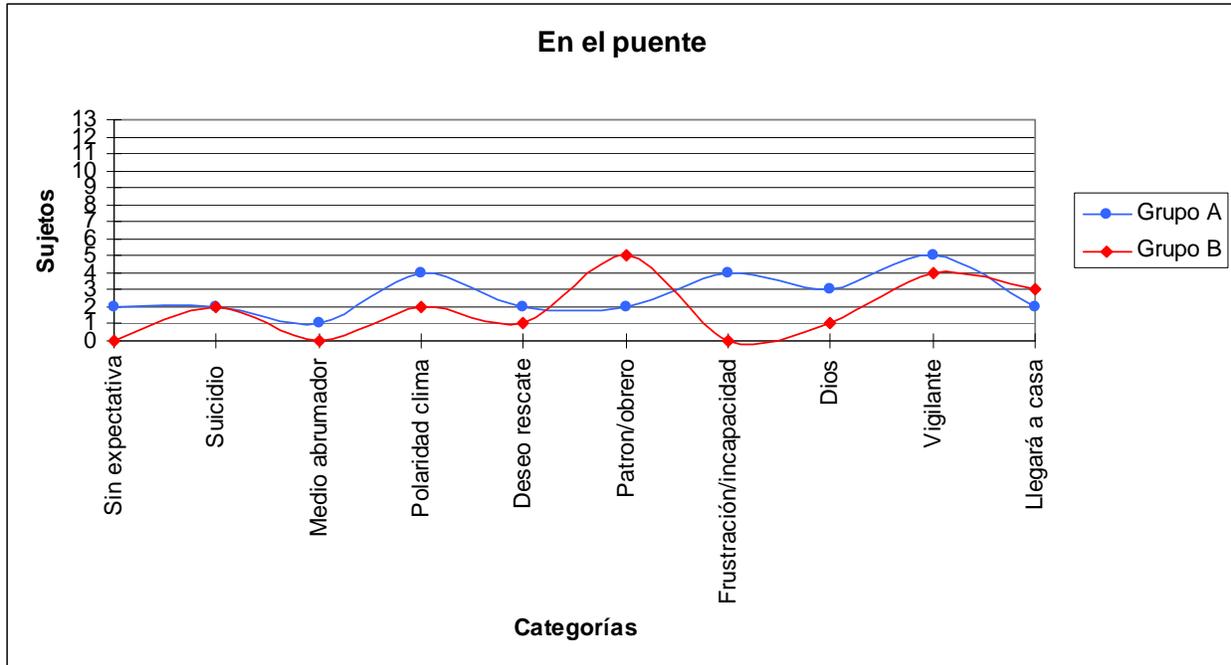
La siguiente gráfica corresponde a los resultados obtenidos en la “Lámina en Blanco” para ambos grupos.



Gráfica 14: Frecuencia de respuestas por grupo en la lámina 16: Lámina en blanco

En esta gráfica se puede observar una correlación con lo obtenido en la entrevista clínica y la Autobiografía en lo que respecta a las metas, ya que nuevamente el aspecto familiar desempeña un papel importante para las mujeres del grupo B, proyectándose en ésta lámina como un vínculo de apoyo, convivencia, afiliación, etc. Se puede además observar con frecuencias similares para ambos grupos el relato de historias felices, evocando ambientes naturales, paisajes, vacaciones, niños jugando, etc., lo que puede explicarse con lo que Freud (1930) planteaba sobre que la felicidad de la vida pueda buscarse en la belleza, expresada en objetos naturales y paisajes. Sin embargo, por otro lado, aparece la categoría de “sin expectativa” en las mujeres deprimidas, donde una vez más mostrarían el estancamiento en sus vidas relatado manifiestamente, al contrario de las mujeres del grupo B en donde relatan los planes a futuro o bien proyectos

En la gráfica número 15 se muestran los resultados correspondientes a la lámina “En el puente” para ambos grupos.



Gráfica 15: Frecuencia de respuestas por grupo en la lámina 17 NM: En el puente

En esta gráfica se puede ver que la categoría en la que notablemente se diferencian los grupos es la que corresponde a las relaciones patrón-obrero, es decir, en la que hay una división del trabajo en donde los trabajadores son comandados por un patrón, el cual en ocasiones es autoritario y produce maltratos. Lo anterior podría ser interpretado por el hecho de que las mujeres del grupo B tienen presente el área laboral y realizan una sublimación en el trabajo, por lo que en esta lámina podría salir el material reprimido sobre las relaciones laborales, por otro lado en las mujeres deprimidas se presenta nuevamente la frustración y la incapacidad lo cual impediría desarrollarse creativamente y con autonomía. En esta gráfica podemos ver también la presencia de creencias religiosas en el relato de la historia sobre todo para las mujeres del grupo A, quizá como un medio en el cual poder apoyarse en los problemas que se presentan.

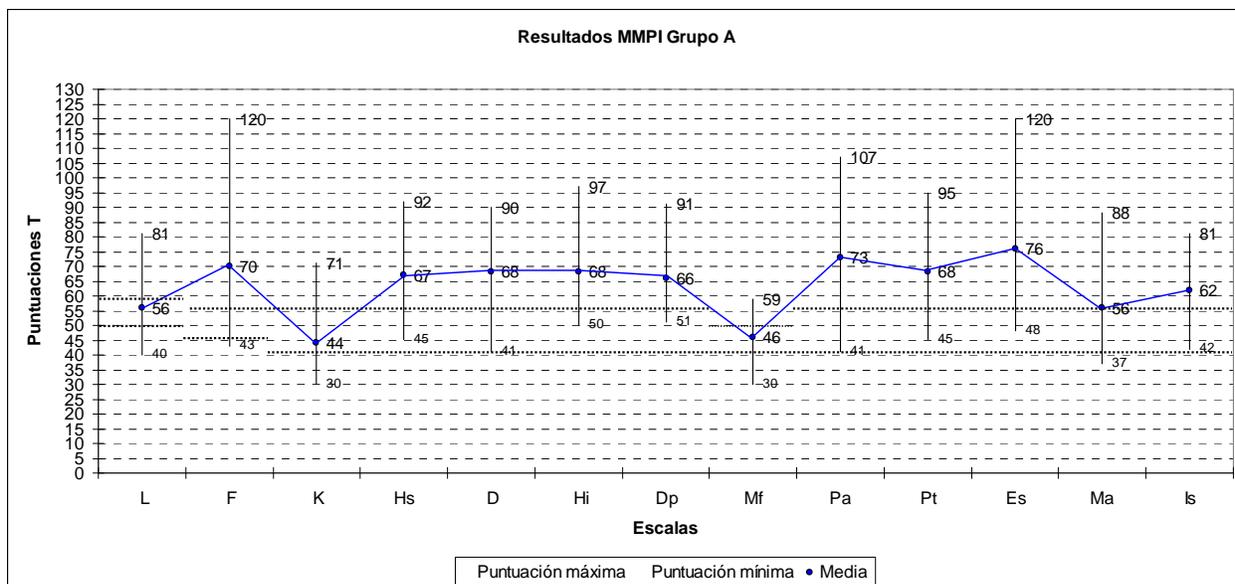
- **INTRUMENTO V: inventario multifásico de la personalidad de Minnesota.**
MMPI-2

En la siguiente tabla se muestran las medias obtenidas en el MMPI-2, de la misma manera se encuentra la elevación de la escala de acuerdo al protocolo del inventario. Se muestran todas las escalas del inventario comparando los dos grupos de la muestra.

Tabla 9: Medias de las puntuaciones T obtenidas en las Escalas del MMPI-2

Escales	Grupo A	Grupo B
L	56 Medio	56 Medio
F	70 Moderado	48 Medio
K	44 Medio	51 Medio
Hs	67 Alto	51 Medio
D	68 Alto	51 Medio
Hi	68 Alto	51 Medio
Dp	66 Alto	50 Medio
Mf	46 Medio	49 Medio
Pa	73 Alto	52 Medio
Pt	68 Alto	51 Medio
Es	76 Muy alto	48 Medio
Ma	56 Moderado	50 Medio
Is	62 Moderado	48 Medio

En las siguientes gráficas se muestran los valores obtenidos en el inventario del MMPI - 2, primero mostrando los resultados obtenidos por el Grupo A seguidos por los del B. En la gráfica se muestran el valor máximo y el mínimo que obtuvo el grupo en cada escala. El punto en donde se unen los valores indica la media obtenida en cada escala y la línea punteada indica la puntuación que se ubica en el Rango "Medio", de acuerdo al Manual del MMPI-2 con el cual se puede hacer una comparación de si las puntuaciones en las escalas son elevadas o no.



Gráfica17: Resultados de las puntuaciones obtenidas en el MMPI-2. Grupo A

En base a los resultados podemos ver que para el grupo A se presentan elevaciones en las siguientes escalas: Histeria, Depresión, Hipocondriais, Desviación psicótica, Paranoia, Psicastenia, Esquizofrenia, Manía e Introversión social, en la cual se puede mostrar que tanto la tríada neurótica (escalas Hs, Hi y D) como la tétrada psicótica (Es, Pa, Pt, Ma) presentan una elevación marcada en este grupo. Entre todas las escalas del MMPI-2 podemos ver que la escala que presenta una mayor elevación es la de Esquizofrenia, puntuando en promedio como “Muy alto” lo cual llega a ser más elevado incluso que la escala de Depresión, una explicación de este resultado es que el conflicto que presentan las mujeres el cual se manifiesta a través de la depresión como un síntoma, continúa. La elevación de la tétrada psicótica indica que las mujeres deprimidas realizan defensas psicóticas ante el conflicto presente, esto se correlaciona con los problemas de contacto en las relaciones interpersonales que presentan las mujeres, así como los pensamientos frecuentes en los cuales se cree que las demás personas hablan mal de ellas, o bien que a los demás le caen mal estas mujeres, de la misma manera se encuentra presente el pensamiento de que no pueden realizar los proyectos en su vida debido a la obstaculización por parte de otras personas, lo cual dificultan las relaciones laborales así como las de pareja y amistad. Estos problemas en los vínculos, se remontan al vínculo materno el cual se relata en la entrevista y la

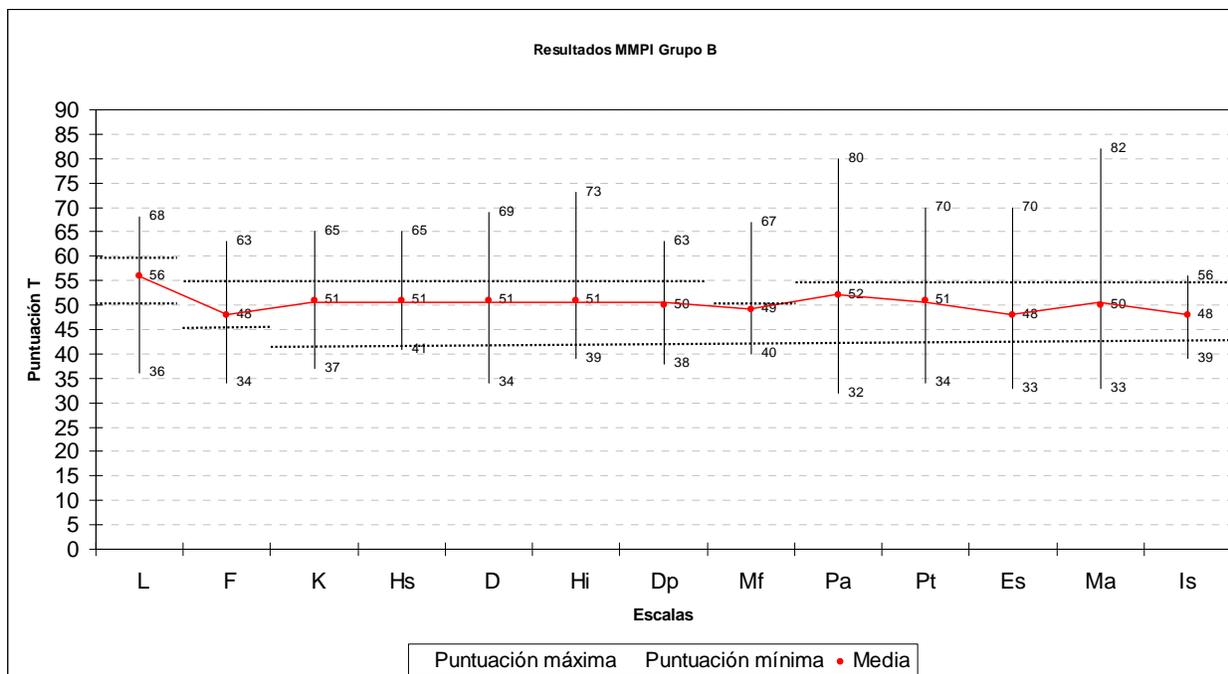
autobiografía como un obstáculo manifiesto durante el desarrollo para la convivencia, y el desarrollo profesional.

Por otra parte la elevación de la Tríada Neurótica corrobora por una parte el diagnóstico psiquiátrico que tienen estas mujeres, ya que la escala de Depresión puntúa más elevado con respecto al promedio, sin embargo, la elevación en las escalas de la Histeria y la Hipocondriasis muestra las características que acompañan a las mujeres deprimidas de la muestra como son síntomas físicos que no tienen una explicación médica.

Retomando las escalas que no forman parte de la Triada Neurótica y la Tétrada Psicótica se encuentra la escala de Desviación Psicótica, con una puntuación “Alto”, así como la Escala de introversión social con una puntuación “Moderado”. Estas últimas dos escalas se correlacionan con los resultados obtenidos en la Tétrada Psicótica así como en el análisis de las entrevistas, ya que las sujetos muestran dificultad en sus relaciones interpersonales, así como un autosabotaje en todos sus logros tanto académicos, como de intento de relacionarse con las demás personas.

La elevación en la escala F (infrecuencia) del grupo A, por una parte refleja la alteración que puedan presentar estas mujeres por alguna crisis, o bien, por que al este grupo mostrar una mejor disposición a participar en el estudio se responde con una honestidad extrema, sin embargo, esta elevación también se correlaciona con una depresión presente, así como con conductas agresivas e impulsivas imbuidas en un estado ansioso.

En la gráfica 16 se muestran los resultados obtenidos por el grupo B en el MMPI-2, en los cuales, a diferencia del grupo A, vemos que en todas las escalas se muestra una puntuación promedio que se encuentra dentro del rango “Medio” de acuerdo al inventario del test.



Gráfica 16: Resultados de las puntuaciones obtenidas en el MMPI-2. Grupo B

- **INSTRUMENTO VI: Test de Hamilton para la evaluación de la depresión**

De acuerdo a esta escala, ninguna sujeto del grupo B puntuó para un trastorno depresivo de leve a moderado, sin embargo, en el grupo A, en su mayoría (10 sujetos, 77%) puntuó con un trastorno depresivo. Las tres sujetos restantes del grupo A no presentaron un trastorno depresivo según el Test de Hamilton debido a la ausencia de tentativas o ideas suicidas, además de no ser comunes los malestares corporales mencionados en el Hamilton. Una de las razones por la que se mostró esta diferencia entre los dos grupos en cuando a la elevación en el Hamilton corresponde a las tentativas de suicidio ya que 8 sujetos del grupo A ha tenido intentos o bien ideas suicidas, ocasionando que la puntuación se eleve, además de que en las mujeres deprimidas los malestares físicos son más frecuentes recordando que presentan comorbilidad con otras enfermedades, lo cual se correlacionaría además con la elevación en la escala de Hipocondriasis del MMPI-2.

CONCLUSIONES

- ❖ El primer resultado a destacar en cuanto al aspecto clínico, es en lo que respecta a las aplicaciones realizadas tanto al grupo B como al grupo A. Se mostraron las mismas resistencias para realizar las aplicaciones en ambos grupos, teniendo complicaciones, mostrando ausentismo o rechazo. La primera intervención que se hizo con ellas fue la entrevista, por lo que desde la primera ocasión se abordaron temas importantes que podrían explicar el ausentismo y la angustia que se presenta al ser evaluado y mostrarse expuesto. Las sujetos del grupo B, además pusieron en duda el saber de la entrevistadora, ya que al apenas estar realizando la tesis, no debía tener mucho conocimiento sobre estos temas. Sin embargo, el contenido de las aplicaciones, así como la información brindada fue mucho más rico en lo que respecta al grupo A, se brindaron mayores detalles, e incluso algunas se mostraron aprensivas con la entrevistadora, en contraste con el grupo B cuyas respuestas fueron concretas y realizadas en un tiempo mucho más corto. Una de las principales razones es debido a que en el grupo A se asume a la entrevistadora como una integrante más del equipo médico quien realiza un estudio, además de que debido a que se encuentran en un ambiente de hospital en donde consultan a médicos de distintas especialidades, es frecuente que cuenten su problemática.
- ❖ El hecho de que las mujeres del grupo A ya estén con el diagnóstico de depresión desde el campo de la Psiquiatría hace que todas las aplicaciones se conduzcan de una manera diferente, ya que anteponen la depresión desde el primer momento de la entrevista como una problemática, se muestran lábiles emocionalmente, etc. La depresión, así se vuelve un problema, manifiestamente algunas pacientes del grupo A expresan abiertamente que la depresión, ellas mismas, o bien su estado de ánimo son factores que interfieren su bienestar. La depresión, vista como un síntoma empieza a invadir más áreas en el individuo, llegando en algunas mujeres de la muestra a efectuar respuestas como “yo no tengo bienestar”. Otra respuesta frecuente en estas sujetos respecto a lo que

interfiere con su bienestar son las problemáticas en su relación de pareja, o bien ésta se encuentra ausente. El conflicto divalente que se fue desarrollando con la figura materna está relacionado con las múltiples frustraciones, prohibiciones, restricciones que se desarrollaron en el sujeto, no se desarrolló su autonomía, creatividad, productividad, así como tampoco se desarrolló un interés genuino en las relaciones sociales. El hombre que se ve imposibilitado de desarrollar su individualidad y su razón es siempre un niño incapaz de progreso (Fromm, 1956). Las mujeres deprimidas se muestran aprensivas, intolerantes a la frustración, con defensas infantiles, como modos de comportamiento muestran el aislamiento y la evasión rencorosa, piden un amor incondicional, por lo que fácilmente se desilusionan. El fracaso o disfunción en sus actuales relaciones amorosas, no son sino un reactivador de las pautas de comportamiento que se han instaurado en el sujeto.

- ❖ En lo que respecta a las aplicaciones de las pruebas, en el inventario del MMPI, se observa que la escala de Esquizofrenia es la que sobresalió con respecto a todas las escalas del protocolo en el grupo A, ya que ésta muestra una elevación incluso aún mayor que la escala de Depresión, lo cual implica que el conflicto continúa, creando defensas psicóticas para enfrentarlo, el sujeto muestra una susceptibilidad marcada, tendencias a malinterpretar los motivos e intenciones, lo cual hace complicado las relaciones interpersonales, trayendo como consecuencia a un sujeto aislado, que es una característica de los sujetos del grupo A. Con la escala de Psicastenia se puede ver que los sujetos además presentan ansiedad, angustia, y están presentes normas morales estrictas, tendencia a culparse de que las cosas no salen bien y esfuerzos por controlar rígidamente los impulsos, estas características que describen las elevaciones en esta escala muestra la presencia de una estructura moral rígida que concuerda con los métodos de crianza y el ambiente en el que se desarrollaron estas pacientes, limitándolas en las relaciones de amistad, con el sexo opuesto, con las actividades sociales, con castigos arbitrarios, además en lo que respecta al control rígido de impulsos vemos cómo los pensamientos y sentimientos hostiles

que se tienen hacia la madre son reprimidos y manifestados a través de síntomas, sueños, malestares físicos, ligados con los sentimientos de culpa constantes mostrando la presencia de un conflicto divalente con la figura materna. Otro factor que explicaría el por qué se muestra una elevación más marcada en la Tétrada Psicótica que en la Triada Neurótica es por que las sujetos se comportan más como melancólicas, que como deprimidas.

Existen dos reactivos en el MMPI-2 pertenecientes a la escala de Esquizofrenia que son de particular interés para esta tesis ya que hablan sobre la relación materna. El primero de ellos es el 192 que hace referencia a si la madre era o es una buena mujer. El segundo reactivo corresponde al número 276 el cual hace referencia a si quiso o quiere a su madre. Es importante aquí destacar que aunque la mayoría de las sujetos del grupo A describen a una madre represora, punitiva, con una infancia inmersa en conflictos, todas contestaron verdadero ante el reactivo de si quiere o querían a su madre, y a excepción de tres sujetas, contestaron que su madre es o era una buena mujer. Con estos reactivos se muestra el conflicto divalente, ya que a pesar de los múltiples factores negativos que durante las aplicaciones pudieron atribuirle a la madre, sin excepción contestaron que la quieren, y en su mayoría que su madre es una buena mujer, ya que debido a la conciencia moral, no se puede decir que no quieren a su madre, o bien que ésta no fue una buena mujer al menos no expresado de manera conciente frente a la entrevistadora, quedando de esta manera reprimido, no sin repercusiones como son el sentimiento de culpa, los síntomas físicos y la depresión. Para mantener un conflicto divalente se requiere una división esquizoide (Bleger, 1973), esto se logra mediante la puesta en marcha de conductas defensivas las cuales se relacionan con la tétrada psicótica, se pretende mantener a distancia las fuerzas que se encuentran en conflicto, lo cual implica no solo una división del objeto, sino también una disociación de la estructura del vínculo (Bleger, 1973), ya que toda la hostilidad que se le pueda poner a la figura materna se extrae para proyectarla en otro objeto, el cual puede

ser alguna otra persona, o bien ellas mismas, dejando así solo la parte buena de la figura materna.

- ❖ En lo que respecta al grupo B, observamos que hay tres mujeres en las que se puede advertir la presencia de un conflicto divalente con la figura materna, sin embargo, en estos tres casos también se encuentran elementos con los que se podría considerar la presencia de una depresión, sobre todo en la aplicación de las pruebas proyectivas, ya que se encuentran elementos en las historias del TAT y en la autobiografía que son similares a los resultados obtenidos por el grupo A. De la misma manera la relación materna descrita por estas tres sujetos en la entrevista clínica es similar a las relaciones descritas por las mujeres deprimidas, tratándose de una madre represora, ante la cual se reacciona con una adolescencia rebelde en un esfuerzo por poder desafinarse de este yugo materno, sin embargo, no se consigue, se terminan introyectando las prohibiciones establecidas por la madre, se sigue manteniendo relaciones interpersonales ausentes o casi nulas, su vida amorosa se encuentra desintegrada, disfuncional, con maridos separados, sin poder encontrar un vínculo. Con lo anterior se confirmaría la hipótesis de esta investigación sobre la proclividad a la depresión en cuanto a la presencia de un conflicto divalente con la figura materna.

- ❖ En cuanto a la tríada neurótica podemos ver que un resultado esperado para el grupo A era que la puntuación de la escala de Depresión se distinguiera con respecto a las demás escalas, puesto que de entrada las mujeres presentan este diagnóstico, lo cual efectivamente sucedió, sin embargo las escalas de Histeria e Hipocondriasis dan cuenta de la aparición de defensas neuróticas en estas sujetos, mediante la presencia de síntomas que no tienen ningún origen orgánico presentándose cierta relación de compromiso con una problemática. No es consideración de este estudio el determinar si existe cierta proclividad a determinadas enfermedades médicas de acuerdo a ciertos rasgos de personalidad, sin embargo, todas las sujetos del grupo A presentan comorbilidad

con otras enfermedades, y es justo por ésta razón por la que llegan al servicio de Psiquiatría, a través de una interconsulta o por que les dan el pase a dicho servicio. Por otra parte algunas mujeres presentan síntomas que no tienen un origen orgánico, o bien se ven entremezclados con éstos como por ejemplo cuando se presentan dolores de cabeza que son de difícil control médico, cuando el plan de medicamento falla sometiéndose a constante modificación, la presencia de crisis pseudoepilépticas, etc. En estas manifestaciones delatan como el problema depresivo que presentan las pacientes se ve mezclado con síntomas presentes en el cuerpo, de algo que no puede ser apalabrado, algo que se encuentra reprimido y que se vuelca hacia el mismo sujeto.

- ❖ Los reactivos del Hamilton se enfocan a los problemas físicos principalmente, en esto se muestra una concordancia con los reactivos de la escala de Depresión del MMPI, tocando aspectos físicos como problemas gástricos, náuseas, etc. Otra concordancia entre el Hamilton y la escala de Depresión del MMPI se da en lo que respecta a sentimientos de incapacidad en la realización de tareas, ya sea por que se considera una falta de habilidad, o pérdida de la energía. Sin embargo para las mujeres deprimidas la escala que puntuó más alta fue la correspondiente a la Esquizofrenia, si bien algunos reactivos del protocolo son compartidos tanto por la escala de Depresión como por la escala de Esquizofrenia, existen diferencias en el contenido de los reactivos que son de interés, por ejemplo se abordan reactivos como “no recuerdo haberlo hecho”, “ataques de movimiento pero me daba cuenta de lo que ocurría a mi alrededor”, “mente en blanco y no me daba cuenta de lo que ocurría alrededor” que hacen referencia a la disociación como mecanismo de defensa al enfrentar un conflicto, esto se muestra en las mujeres deprimidas ya que hacen una disociación en el campo afectivo para separar los sentimientos hostiles de la figura materna, o bien la disociación presentada en los síntomas sin algún origen orgánico. Otro aspecto en los reactivos de esta escala es el referente a la culpa o temor que pueda pasarle algo al individuo, con reactivos como “la vida es injusta” “la gente me perjudica” “conspirando contra mí” “creo que estoy condenado”, al retirársele

a la figura materna estos sentimientos, la parte mala de la madre se regresa hacia el propio sujeto, considerándose que ella misma es la mala hija, la mala mujer, la mala madre, pero a la vez está una constante idea de daño, de castigo debido a haber tenido esas ideas, lo cual también se correlaciona con lo obtenido en el TAT, sobre todo en la lámina de "El cementerio" en donde se muestra en las historias el daño o bien la muerte del personaje, se presenta como un asesino o criminal, se muestra arrepentido, o con las consecuencias después de una vida de excesos, lo que señala el como se regresa la culpa a ellas mismas, bien como un castigo de sus actitudes, de su vida rebelde, o bien de la hostilidad manifiesta la cual es retirada de la figura materna y proyectada por ejemplo en el deseo o fantasía por hacer daño a los demás, con explosiones de carácter en donde su forma de comportamiento son gritos, etc., deviniendo en un sentimiento de culpa y una necesidad de castigo. Estos tópicos en estos reactivos no son desarrollados en la evaluación del Hamilton ya que únicamente hay un reactivo con referente a autorreproches y la culpa.

- ❖ En lo que respecta a la aplicación del TAT podemos ver que en la mayoría de las historias relatadas en las láminas del grupo A se presentan actitudes derrotistas en donde los personajes no realizan las actividades futuras, se quedan paralizadas o tienen pensamientos suicidas, visto con más claridad en la lámina "Mujer pensativa". Estas características corresponden con la depresión que cursan, sin embargo también muestran que su motivo de logro se encuentra completamente desplazado, ya que ellas mismas ni siquiera consideran que se pueden tener proyectos futuros, no se tiene una visualización del mismo, no se presentan metas sólidas o estructuradas, esto también está relacionado con el autosabotaje que ellas mismas realizan lo que produce una frustración reiterada y un sentimiento de vacío y desesperanza en sus vidas que se relaciona en la mayoría de las mujeres deprimidas con un conflicto en la relación de pareja, lo cual ocasiona que este problema actual reactive conflictos gestados en el desarrollo del sujeto, como es el vínculo con la figura materna. Estos aspectos no se ven en el grupo B ya que las historias relatadas en el TAT muestran un

final en donde se realiza alguna otra actividad, además, los logros personales se presentan como algo muy importante en su vida, con lo que observamos una sublimación en el trabajo que permite desarrollar la parte creativa y autónoma en el sujeto.

Las enfermedades que presentan las mujeres del grupo A, así como la depresión traen consigo una ganancia secundaria, ya que por una parte esto les permite atraer la atención y los cuidados de su familia y por el otro permite utilizarlas como un motivo para su mal rendimiento en el trabajo, así como sus malas relaciones laborales. La mayoría de las mujeres de la muestra se encuentran trabajando, y todas presentan un nivel académico que corresponde a nivel licenciatura o bien una carrera técnica. El desempeño de un trabajo hace a las mujeres productivas, desarrolla la autonomía, sin embargo en el grupo A, aunque alcanzan estos niveles académicos, algunas de ellas realizaron los estudios que su madre quería que realizaran, o bien, que no quería, como consecuencia de un acto rebelde, muchas de ellas se encuentran estancadas o no concluyeron sus estudios, dejándolos truncos, y aunque reportan tener el deseo de hacerlo, muestran una incapacidad en realizarlo, se autorreprochan, se sabotean, se desvaloran, o bien hacen responsables a factores externos como la pérdida de alguien, la depresión o las enfermedades médicas. El ser humano debe conseguir el poder crearse unos medios al margen de la naturaleza para ser, es decir, el hombre es devenir, debe de construirse en el haciendo, sin embargo cuando no se encuentran los medios para que el individuo en forma autónoma y libre pueda construirse, entonces aparece un sentimiento de sin sentido.

No se realizaron omisiones en las láminas, salvo en 3 sujetos del grupo B que hicieron omisión del violín en la primera lámina, cabe aclarar que es omitido por las labores académicas lo cual reafirma el como en este grupo está más marcado el motivo de logro, enfocado sobre todo en el desarrollo profesional e intelectual.

Lo encontrado en la lámina de “El cementerio” en relación a la dificultad de las mujeres del grupo A de no poder determinar el sexo del personaje podría ser reflejo de una disociación o la aparición de síntomas histéricos, presentándose así los sentimientos como algo que no puede ser apalabrado, que es reprimido haciendo surgir síntomas. De manera similar ocurrió en la lámina de “La celestina” que es en donde se puede mostrar con mayor claridad la relación materna, las mujeres del grupo A presentaron problemas en cuanto a designar el sexo del personaje, lo cual podría ser explicado debido a la represión materna que existe y la no identificación con los sentimientos hostiles expresados, por lo que es importante destacar que en éstas dos láminas aparece la represión de manera tan clara.

Otro aspecto de importancia que se mostró en este grupo fueron las dualidades polares presentes en las historias relatadas en la lámina “En el puente” como son: “bien-mal”, “luz-noche”, esto concuerda con lo que sucede en la formación de un conflicto divalente, ya que para ellas fue inconcebible mantener una ambivalencia con la madre, mostrando hacia ella sentimientos tanto de odio como de amor, por lo que se hace una separación tajante de estos dos sentimientos, dejando el amor hacia la madre y desplazando el odio hacia ellas mismas, o hacia otro objeto. Éste sentimiento que se encuentra reprimido retorna constantemente como en sueños premonitorios, o bien, pesadillas en donde se daña a la madre o a seres queridos.

- ❖ En cuanto a la estructura motivacional, el conflicto que se muestra en las mujeres deprimidas es en cuanto a los motivos de poder y afiliación. Afiliación con una madre represora que no les generó autonomía, decisión, para poderse desenvolver en sus relaciones interpersonales. De la misma manera se muestra a la pareja actual como depositario de sentimientos de rencor, odio, nostalgia por un matrimonio que no se pudo lograr, lo mismo pasa con las relaciones de amistad sin vínculos fortalecidos. El motivo de poder se muestra en este deseo de desvincularse de la madre y tener una autonomía de ésta, lo cual en la

mayoría de los casos se intenta en la adolescencia, a través de comportamientos rebeldes, consumo del alcohol, relaciones sexuales precoces y riesgosas, relaciones de amistad de mala calidad, comportamientos agresivos, etc, los cuales son infructuosos.

- ❖ El hombre necesita una estructura orientadora subjetivamente satisfactoria, si no es así no puede vivir saludablemente, ya que no solo necesita que se satisfagan sus necesidades fisiológicas como el de nutrición sino también otras necesidades como de relación, trascendencia, arraigo, sentimiento de identidad, etc. (Fromm, 1956). Para que estas necesidades puedan satisfacerse tienen que entrar en marcha diversos factores que incumben no solo a las relaciones con la familia, sino también a la forma en la que la estructura de la sociedad está constituida y organizada, ya que ésta determinará las relaciones de los hombres que viven en ella (Fromm, 1956), es por esto que como consideraciones futuras en esta tesis se plantearía la necesidad de un cambio en la organización y estructura de la sociedad que pudieran satisfacer las necesidades humanas de una manera más adecuada que le permita al individuo desarrollar una independencia y autonomía mediante la cual pueda crecer y ser creativo e independiente en la sociedad. Es importante remitirnos a la etapa de aprendizaje, ya que los niños se deben desarrollar en un ambiente en el que se puedan apalabrar los sentimientos, las ideas, las opiniones, generando autonomía, asertividad, independencia, creatividad y sobre todo el que la educación pueda soportar, como parte del desarrollo de todo individuo, los sentimientos ambivalentes que se tienen hacia un mismo objeto la cual está presente en todo vínculo. Estamos imbuidos en una sociedad con pensamiento religioso, en el que se deben reprimir todos los sentimientos hostiles y agresivos, mediante la generación de culpas y arrepentimientos, volviéndose así la educación restrictiva, arbitraria y autoritaria, repercutiendo esto en su vida adulta y volviéndose un círculo vicioso para la siguiente generación. La iglesia católica volvió a introducir la noción de una madre que ama y perdona, y, por ejemplo, la virgen María, tan importante en la cultura mexicana, simboliza el espíritu

maternal de amor y perdón (Fromm, 1956). De esta manera la madre se considera santa, a la que hay que amar sobre todas las cosas por que es la que nos trajo al mundo, por lo que al tener una madre castradora y represora la conciencia moral muestra inconcebibles los sentimientos hostiles que se generan en el sujeto, por lo que son reprimidos, proyectados hacia otro objeto o hacia ellas mismas. En la gestación del conflicto dialéctico con la figura materna de las mujeres deprimidas, se impuso a los sujetos un ideal del yo, con normas y reglas autoritarias y rígidas, no se permitió el desarrollo de un diálogo, por lo que este “deber ser” impuesto a las mujeres se hace imposible de conseguir, la conciencia moral implica no estar a la altura de lo que el sujeto debería ser, por que además, al tener una relación materna represora no se les permitió la autonomía de realizar algo por ellas mismas, atacando su autoestima, sintiéndose inútil para todas las cosas que podría realizar, además de que obstaculizará el desenvolvimiento a los círculos sociales más extensos como son el trabajo, las amistades, los hijos, etc. De esta manera el superyo generado en estas mujeres se vuelve voraz, exigiendo cada vez más y requiriendo un castigo si esto no se cumple. Si bien es cierto que la figura materna es un objeto muy importante en la constitución de una familia en donde el niño depende de la madre por ser un ser desvalido, sobre todo en una cultura como la mexicana donde los lazos familiares son estrechos, es importante no confundir lo estrecho del vínculo con la libertad a la que deben aspirar los padres con respecto a sus hijos, ya que en todo momento se debe tener como meta el que el hijo crezca de manera independiente, que pueda generar sus propias metas y formarse aparte del núcleo familiar hasta que ya no necesite de la madre desarrollando así un proceso de individuación. Solo el amor productivo permite que se conserve la libertad e integridad mientras se siente al mismo tiempo unido con el prójimo. Una persona no puede tener libertad de pensamiento si no tiene libertad emocional, la cual se consigue a través de un modo de vivir independiente y con libertad en sus relaciones económicas y sociales (Fromm, 1956).

- ❖ Por otra parte, si en la relación con la madre se generó un conflicto, éste va a repercutir en diversas áreas del individuo, como es en el proceso de identificación e identidad del propio sujeto, el trabajo de investir a otro objeto, que surge mediante el sepultamiento del complejo de Edipo quizá nunca de dio, si no se superó la relación divalente, el enfrentamiento con la figura materna podría no acabarse nunca aunque se trate de rebelar, o se intente ir a vivir lejos del núcleo familiar, inclusive aunque la madre esté muerta, el conflicto en el sujeto está establecido y será reactivado por condiciones actuales. Si no se pudo investir a otro objeto, entonces las habilidades sociales del individuo quedarán mermadas, ya que no se contará con un interés social legítimo, solo si puede relacionarse con los demás de un modo amoroso se puede sentir identificado con ellos y al mismo tiempo conserva su integridad, pero si ésta identificación presenta un conflicto desde la primera de ellas que es con la figura materna, los vínculos con las demás personas también tendrán conflictos. La salud mental se caracteriza por la capacidad de amar y de crear, además de un sentimiento de identidad que da cuenta de las propias capacidades de cada individuo (Fromm, 1956). “La persona perturbada es la que ha fracasado en el establecimiento de alguna clase de unión y se siente prisionera aunque no está detrás de ventanas enrejadas” (Fromm, 1956 p.33), vemos el caso de las mujeres deprimidas, que al llegar a su vida adulta se sienten como si su vida careciera de sentido, no existen vínculos familiares estrechos en los cuales apoyarse, por otra parte, el aspecto laboral no brinda satisfacciones, o bien ésta no es completa.
- ❖ En cuanto a las mujeres del grupo B, aparte de no observar principalmente relaciones maternas como las descritas por el grupo A, vemos que el aspecto laboral es muy importante para ellas, no se considera que aquellas personas que trabajan arduamente no presentan algún conflicto, como ejemplo se encuentran los llamados “workaholic” en donde el trabajo les permite no pensar en otros aspectos de su vida, lo que se busca es que el espacio laboral sea un espacio en el cual se pueda ser creativo, autónomo, sin perder la individualidad, que fomente los lazos afectivos, etc., de esta manera el sujeto puede pensar por sí

mismo, libertándole de toda presión autoritaria, siendo el centro y sujeto activo de sus potencias lo que lo llevará no solo a un sentimiento de su propia identidad sino de orientarse intelectualmente en el mundo (Fromm, 1956), lo cual se relaciona con la prueba del Raven, en donde las mujeres deprimidas tuvieron un menor desempeño con respecto al otro grupo, por lo que explicaría el como se utiliza esta inteligencia y como les permite formarse una orientación en el mundo. La cultura en la que el sujeto se desarrolla determina las normas que permiten vivir con un defecto sin enfermarse, como si cada cultura proporcionara el remedio contra la exteriorización de síntomas, entre los que se pueden encontrar el trabajo, la familia, etc., (Fromm, 1956) sin embargo, observamos como en las mujeres deprimidas esto no basta para detener la manifestación de un conflicto, extendiéndose en demás áreas del individuo.

- ❖ Las mujeres del grupo A se encuentran inmiscuidas en un ambiente de Hospital en donde sólo se les puede ofrecer un medio de contención a través de la administración de medicamento, y en el caso de algunos pocos pacientes una atención un poco más especializada brindándoles terapias grupales. Sin embargo, debido a la demanda en este Hospital, la atención se muestra atravesada por los tiempos establecidos por las citas médicas, las cuales en la mayoría de los casos no se encuentran con proximidad. El pronóstico mostrado por la Organización Mundial de la Salud acerca del lugar que ocupará la depresión a nivel mundial pondrá a prueba los sistemas de salud, ya que las demandas aumentarán y por lo mismo se deberán desarrollar programas de acción para las mismas, se requerirá de profesionistas especializados ya que no bastará con el desarrollo en cuanto a la tecnología, sobre todo si éste ensancha las brechas que existen entre un país desarrollado y uno en desarrollo. Con el uso de la tecnología se cree que teniendo mejores métodos se puede mejorar el estado de la salud mental en un individuo, considerando a las perturbaciones como accidentes individuales que no reflejan los problemas de una sociedad sino solo se trata de unos cuantos sujetos inadaptados, sin embargo, si el individuo está o no sano, no es una cuestión individual sino que depende de la estructura

de la sociedad (Fromm, 1956). El problema de la depresión en su vínculo con la relación materna desarrollado en esta tesis no expondría solo los casos de unos cuantos sujetos aislados, sino manifestaría la necesidad de cuestionar las técnicas de crianza y los vínculos que se establecen en la sociedad, siendo la familia la base de ésta. El desarrollo en las disciplinas de la salud mental ha permitido describir y en consecuencia clasificar las enfermedades, ocasionando a veces un sentido adverso ya que el sujeto es el que se ajusta a las enfermedades y no al revés, de la misma manera con los cambios que se realizan en la sociedad y las exigencias cada vez más altas que se le imponen al individuo, éste debe de ajustarse a las demandas impuestas y a lo que se espera de él por una parte, aunque por el otro se vuelve un individuo reemplazable donde los que podrán sobrevivir al ritmo de vida impuesto por una sociedad serán los que logren adaptarse a estas exigencias. En vez de ser el individuo el que se adapte a la sociedad, o bien, en el caso de las enfermedades mentales, en lugar de que el sujeto se adapte a un diagnóstico, tendría que ocurrir lo contrario, es decir que la sociedad se fuera adaptando a las necesidades de un individuo. El orden social no crea las tendencias fundamentales, pero si determina cuales han de manifestarse o predominar (Fromm, 1956).

- ❖ En cuanto al pronóstico específico de las mujeres del grupo A, se puede decir que a través de la identificación del conflicto divalente con la figura materna en las mujeres deprimidas se podría, contando con más tiempo y condiciones adecuadas, diseñar un proceso de diagnóstico que apunte a la intervención en cada caso particular, mediante el análisis de la contratransferencia que permita al psicólogo clínico, dada su subjetividad disciplinada, la percepción y captación emocional de los sujetos (González, 1989), para así, poder resolver este conflicto para que el sujeto pueda continuar con su desarrollo. Por esta razón, la administración de antidepresivos, que bien puede ser una solución rápida y práctica en el manejo de la depresión, no basta para resolver el conflicto que presenta, se requiere que se consideren aspectos en su desarrollo, así como su estructura motivacional que permitan dilucidar el conflicto ante el cual la

depresión es un síntoma que indica su presencia. El síntoma está manifestando algo que no se puede hacer conciente ni apalabrado.

- ❖ Esta investigación se enfocó en las mujeres, en gran parte debido a las demandas que emergieron durante la realización del servicio social Sin embargo, el conflicto divalente es solo una posible vinculación que se puede tener con la depresión, existiendo muchos otros factores que dilucidan una proclividad a la misma. Por otra parte, también pueden existir otras expresiones del conflicto en esta etapa del individuo aparte de la depresión, esto no solo hablando de las mujeres, sino en los hombres podría estar relacionado con problemas de alcoholismo o consumo de sustancias de manera más marcada, siendo una forma de manifestar el conflicto, por lo que el estudio de la depresión, con diversas relaciones, más allá de la que aquí se propone es necesario, no solo para que los sujetos puedan llevar una mejor calidad de vida en cuanto a la salud mental, sino también en lo que corresponde a las enfermedades físicas que son proclives cuando existe una comorbilidad con la depresión.

ANEXO 1 FORMATO DE ENTREVISTA

FILIACIÓN DEL SUJETO

Datos generales:

Edad: ¿Cuántos años tiene?

Profesión o nivel de instrucción último que alcanzó ¿A qué se dedica? ¿Tiene estudios profesionales? ¿En donde los realizó?

Lugar de procedencia ¿Es originaria de la Ciudad de México? **En caso de no serlo** ¿Cuántos años lleva viviendo aquí?

DESCRIPCIÓN SINTÉTICA DEL GRUPO FAMILIAR

¿Cuántos hermanos tiene? ¿Qué edades tienen?

¿Qué lugar ocupa usted con respecto a sus hermanos?

¿Cómo es la relación con sus hermanos?

¿Sus padres aún viven? ¿Con quien viven?

¿Cómo es la relación con su madre? ¿Cómo es la relación con su padre??

¿Tiene amigos (as)? ¿Lo(s) frecuenta? ¿Cómo es su relación con el (ellos)?

¿Cree que su carácter comparte algo con el de su familia?

¿Aparte de su trabajo realiza alguna otra actividad?

PROBLEMÁTICA VITAL

¿Cómo se percibe a si misma? ¿Cómo cree que la perciben los demás?

¿Qué opina sobre su desempeño actual en la vida?

¿Qué cosas interfieren actualmente con su bienestar?

¿Qué desea hacer en este momento en su vida?

¿Cuales son sus metas? ¿Qué esta haciendo para lograrlas?

¿Cuál ha sido su más importante adquisición?

¿Cuál ha sido su mayor pérdida?

¿Le teme a algo, a que?

¿Cuénteme una experiencia significativa que haya tenido? (preguntar por otra experiencia buena o mala, dependiendo de la respuesta)

ANEXO 2 ESTADO MENTAL. Construido a partir del DSM IV

Apariencia

- Higiene
- vestimenta.

Lenguaje

- Fluidez
- Coherencia
- Unidad del discurso
- Articulación, presencia de alteraciones como disartria o farfulleo
- Ritmo, presencia de alteraciones en el ritmo del discurso como disprosodia
- Estilo telegrama: discurso sin fluidez, con muchas pausas y sin preposiciones, conjunciones y pronombres entre los nombres y verbos.
- Ensalada de palabras: flujo de palabras continuo y sin sentido, se pierden las pausas, los nombres son sustituidos por otros incorrectos
- Lenguaje no verbal, expresión facial, mímica, tono de voz, detenciones, vacilación en el discurso, postura, movimientos, congruencia entre la comunicación verbal y no verbal

Pensamiento

- Coordinación verbal-ideas
- Palabras utilizadas, la gramática y la estructura de las oraciones
- Pensamiento concreto: el paciente no puede captar el sentido abstracto de la pregunta
- Abigarramiento: lo opuesto del pensamiento concreto. La ilimitación, expande el concepto de una palabra
- Circunstancialidad: asociaciones estrechamente ligadas que al final alcanzan un objetivo, pero el pensamiento se desvía por las ramas con detalles irrelevantes
- Tangenciañlidad: Puede mostrar estrechez o pérdida de asociaciones. Las respuestas del paciente pierden el objetivo, pero no se alejan mucho de él.
- Perseveración: El paciente repite las mismas frases y palabras, aun cuando se cambie de tema.
- Verbigeración o palilalia: Repiten palabras o frases
- Asociación por asonancia: No es dictada por la lógica ni el significado, sino por los sonidos similares.
- Bloqueo y descarrilamiento: En el bloqueo el flujo del pensamiento se interrumpe repentinamente, y en el descarrilamiento, después de una pausa puede comenzar con un pensamiento completamente nuevo.
- Fuga de ideas: discurso sin objetivo debido a la distractibilidad
- Incongruencia: es una respuesta no relacionada en absoluto con la pregunta, sobre un nivel concreto o abstracto.
- Fragmentación: hablan con frases no relacionadas entre sí
- Divagación: Utilizan grupos de frases que están conectadas, pero seguidas por otros grupos sin conexión u objetivo.
- Disgregación: Preservan la sintaxis, y las frases parecen ligadas aunque el discurso no puede entenderse.

Afecto

- Latencia de la respuesta, velocidad, tono, cantidad, intensidad e inflexión.
- Calidad, intensidad, duración y congruencia con el estímulo.
- Estabilidad, locus de control

Comportamiento psicomotor

Proporciona datos sobre los niveles de vigilancia y energía, el afecto, la agitación y las alteraciones motoras.

- Postura: El tono muscular refleja el nivel de energía y tensión de la persona.
- Movimientos expresivos: sirven como expresión de los pensamientos y actos, movimientos reactivos y automáticos, gestos, gesticulación simbólica y movimiento dirigidos a un objetivo
- Movimientos complejos anormales

Atención y Concentración

- Nivel de atención, concentración, orientación y memoria. Pueden mostrarse indicios tales como fallar a la descripción de detalles, mantenerse en un tema, escuchar sus preguntas u organizar su historia médica cuando le hace preguntas abiertas o sin límites.

Orientación

- Relaciones espacio temporales

Actitud general del sujeto

- Ansiedad
- Interés
- -Cooperación
- -Voluntad (control)
- -Dominio (sobre la entrevista)
- Reactividad
- Sinceridad
- Manipulación
- Subordinación

ANEXO 3, SISTEMA DE CALIFICACIÓN DE BELLAK PARA LAS LÁMINAS DEL TAT

Nombre _____ Historia núm. _____ (Lámina del TAT núm. _____)

1. Tema principal

2. Héroe principal:

edad _____ sexo _____ vocación _____ intereses _____ rasgos _____ capacidades _____ idoneidad (√, √√, √√√) _____ imagen corporal, autoimagen o ambas _____

3. Principales necesidades del héroe:

a) necesidades conductuales del héroe (como en la historia) _____

b) personajes, objetos o circunstancias introducidos: _____
que implican necesidad de o para: _____

c) personajes, objetos o circunstancias omitidos: _____
que implican necesidad de o para: _____

4. Concepto del ambiente (mundo) como: _____

5. Figuras parentales (m __, f __) vistas como _____
y la reacción del sujeto es: _____

Figuras contemporáneas (m __, f __) vistas como _____
y la reacción del sujeto es _____

Figuras más jóvenes (m __, f __) vistas como _____
y la reacción del sujeto es _____

6. Conflictos significativos

7. Naturaleza de las ansiedades: (√)

de daño físico, castigo o ambas _____ de enfermedad o lesión _____
de desaprobación _____ de privación _____
de falta o pérdida de amor _____ de ser devorado _____
de ser abandonado _____ de ser dominado e indefenso _____
otra _____

8. Principales defensas contra conflictos y temores: (√)

represión _____ formación reactiva _____ racionalización _____ aislamiento _____
regresión _____ introyección _____ negación _____ anulación _____ escisión _____
identificación proyectiva _____ otro _____

9. Severidad del superyó que se manifiesta por: (√)

castigo por el "delito" _____ inmediato _____ justo _____ demasiado severo _____
demorado _____ injusto _____ demasiado indulgente _____
inhibiciones _____ tartamudeo _____ respuesta inicial demorada o pausas _____

10. Integración del yo que se manifiesta en: (√, √√, √√√)

idoneidad del héroe _____ desenlace: feliz _____ infeliz _____
realista _____ irreal _____
solución: adecuada _____ inadecuada _____

los procesos de pensamiento como se revelan, por que la trama es: (√, √√, √√√)
estructurada _____ desestructurada _____ estereotipada _____ original _____ apropiada _____
racional _____ extraña _____ completa _____ incompleta _____ inapropiada _____

Inteligencia: (√) superior _____ superior al promedio _____ promedio _____ inferior al promedio _____ deficiente _____

REFERENCIAS

- Atkinson, J. (1978) *An introduction to motivation*. New York. D. Van Nostrand
- Bellak, L. & Abrams, D. (2000). *T.A.T., C.A.T. y S.A.T.: uso clínico*. México. Manual Moderno.
- Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M., & Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud pública de México, 47, 4-11
- Berrios, E. (2008). *Historia de los síntomas de los trastornos mentales*. México. Fondo de cultura económica.
- Bleger, J. (1973). *Psicología de la conducta*. Buenos Aires Paidós
- Bleger, J. (1983). *Temas de psicología: Entrevista y grupos*. Buenos aires. Nueva visión.
- Bleger, J. (1988) *Psicoanálisis y dialéctica materialista: Estudios sobre la estructura del psicoanálisis*. Buenos aires. Nueva visión
- Botteron, N. (2003). Neuroimagen y genética Contribución a la definición de fenotipos en los trastornos afectivos. **En J. E. Helzer, & J. J. Hudziak (Ed.) La definición de la psicopatología en el siglo XXI: más allá del DSM-V** (pp. 109-126) Barcelona. Psiquiatría.
- Bundío, F. & Rahola, G. (1999). Tratamiento de los trastornos afectivos en la mujer. **En C. Leal (Ed.) Trastornos depresivos en la mujer** (pp. 189-239) Barcelona. Masson.
- Calvin, S.; & Mercader, S (1994). *Compendio de psicología freudiana*. México. Paidós
- Caraveo-Anduaga, J., Colmenares, E. & Saldívar, G. (1999). Morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México: prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida. Salud mental, 62-67
- Díaz, I. (1989). *Teoría y técnica de la entrevista psicodinámica*. México. Pax-México

Drewets, W. (2003). Estudio de los trastornos del estado de ánimo mediante neuroimagen. **En J. E. Helzer, & J. J. Hudziak (Ed.) La definición de la psicopatología en el siglo XXI: más allá del DSM-V** (pp. 73-108) Barcelona. Psiquiatría.

Erickson, E. (1985) *El ciclo vital completado*. México. Paidós

Fenichel, O. (1986). *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. México Paidós

Fernandez, R (2004) *Evaluación Psicológica: conceptos, métodos y estudio de casos*. Madrid: Pirámide.

Freud, S. (1908) La moral sexual cultural y la nerviosidad moderna en *Obras completas*, vol 9, pp 159-181, Buenos Aires Amorrortu editores.

Freud, S. (1910) Sobre un tipo particular de elección de objeto en el hombre. Contribuciones a la psicología del amor I en *Obras completas*, vol 11 pp 155-168. Buenos Aires. Amorrortu editores.

Freud, S. (1912) Sobre la más generalizada degradación de la vida amorosa. Contribuciones a la psicología del amor II en *Obras completas*, (vol 11) pp 169-183. Buenos Aires. Amorrortu editores.

Freud, S. (1914) Introducción del narcisismo en *Obras completas*, (vol 14) pp 65-98. Buenos Aires. Amorrortu editores.

Freud, S. (1917) 17ª conferencia: El sentido de los síntomas en *Obras completas*, Vol 16 pp 235-249. Buenos Aires. Amorrortu editores

Freud, S (1917) 23ª conferencia: Los caminos de formación de síntoma en *Obras completas*, vol 16, pp 326-343. Buenos Aires. Amorrortu editores.

Freud, S. (1917) Duelo y melancolía en *Obras completas*, vol 14, pp 235-255. Buenos Aires. Amorrortu editores.

Freud, S. (1921) Psicología de las masas y análisis del yo en *Obras completas*, vol 18, pp 63-136. Buenos Aires. Amorrortu editores.

Freud, S. (1923) El yo y el ello en *Obras completas*, vol 19 pp 1-66. Buenos Aires Amorrortu editores.

Freud, S. (1925) Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos en *Obras completas*, vol 19 pp 259-276. Buenos Aires Amorrortu editores.

Freud, S. (1926) Inhibición síntoma y angustia en *Obras completas*, vol 20 pp 71-164. Buenos Aires Amorrortu editores.

Freud, S. (1930) El malestar en la cultura en *Obras completas*, vol 21 pp 57-140. Buenos Aires Amorrortu editores.

Freud, S.(1931) Sobre la sexualidad femenina en *Obras completas*, vol 21 pp 223-244. Buenos Aires Amorrortu editores.

Fromm, E. (1956) *Psicoanálisis de la sociedad contemporánea*. México. Fondo de Cultura Económica

González, J (1989) *La fortaleza del psicoterapeuta: la contratransferencia*. México, Instituto de investigación en Psicología clínica y social

Grinberg, L. (1971) *Culpa y depresión: estudio psicoanalítico*. Buenos Aires, Paidós.

Horney, K. (1959). *Nuestros conflictos interiores: una teoría constructiva sobre la neurosis* Buenos Aires. Psique

Horney, K. (1990) *La personalidad neurótica de nuestro tiempo*. México. Paidós

Klein, M. (1987) *Envidia y gratitud y otros trabajos*. Buenos Aires. Paidós.

Krueger, R. (2003). Comorbilidad: perspectivas psicométricas. **En J. E. Helzer, & J. J. Hudziak (Ed.) La definición de la psicopatología en el siglo XXI: más allá del DSM-V** (pp. 43-56) Barcelona. Psiquiatría.

Lewin, K. (1969). *Dinámica de la personalidad: selección de artículos*. Madrid. Morata

López-Ibor, J. (2001). *DSM-IV TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. España. Masson.

Mcclelland, D. (1989). *Estudio de la motivación Humana*. Madrid. Narcea

Mccullough, J. (2003) *Tratamiento para la depresión crónica: sistema de psicoterapia de análisis cognitivo conductual*. México. Manual Moderno.

Montero I. (1999). Factores de riesgo de depresión en las mujeres. **En C. Leal (Ed.) Trastornos depresivos en la mujer** (pp. 37-48) Barcelona. Masson.

Nietzsche, F. (2007) *Sobre verdad y mentira en sentido extramoral*. Madrid. Tecnos

OMS (2008) *Informe sobre la salud en el mundo*

- Othmer, E. & Othmer, S. (2003). *DSM-TR: la entrevista clínica*. Barcelona. Mason.
- Portuondo, J. (1970). *Cuatro técnicas en el test de apercepción temática y la autobiografía como técnica proyectiva*. Madrid. Biblioteca nueva.
- Rahola, G. & Bundío, F. (1999). Neurobiología y neuroendocrinología. **En C. Leal (Ed.) Trastornos depresivos en la mujer** (pp. 7-36) Barcelona. Masson.
- Rojtenberg, S. (2006). Antidepresivos. Aspectos farmacológicos. Criterios de selección. **En S. L. Rojtenberg (Ed.) Depresiones: bases clínicas, dinámicas, neurocientíficas y terapéuticas** (pp.169-207) Buenos Aires. Polemos.
- Rojtenberg, S. & Lorenzo, L. (2006). Trastornos afectivos, mujer y función reproductiva. **En S. L. Rojtenberg (Ed.) Depresiones: bases clínicas, dinámicas, neurocientíficas y terapéuticas** (pp.225-238) Buenos Aires. Polemos.
- Rojtenberg, S. & Montenegro, R. (2006). Tratamiento de la depresión: Bases metodológicas y optimización de resultados. **En S. L. Rojtenberg (Ed.) Depresiones: bases clínicas, dinámicas, neurocientíficas y terapéuticas** (pp.225-238) Buenos Aires. Polemos.
- Salamero, M.; Peri, J. & Gutiérrez, F. (2002). La evaluación psicológica en el ámbito hospitalario. **En E. Remor; P. Arranza & S. Ulla (Eds.) El psicólogo en el ámbito hospitalario** (pp. 75-91) Bilbao. Desclée de Brouwer.
- Sullivan, H. (1974) *La entrevista psiquiátrica*. Argentina. Psique.
- Valencia, F. (2005) *Rutas diagnóstico de los cinco trastornos mentales más frecuentes en el servicio de Psiquiatría del centro médico Nacional 20 de noviembre*. ISSSTE
- Varela, A. (2006). Serotonina, depresión y tratamientos antidepresivos. **En S. L. Rojtenberg (Ed.) Depresiones: bases clínicas, dinámicas, neurocientíficas y terapéuticas** (pp.143-168) Buenos Aires. Polemos.
- Wakefield, J. & Spitzer, R. (2003). Por qué la significación clínica no resuelve el problema de la validez epidemiológica y del DSM. **En J. E. Helzer, & J. J. Hudziak (Ed.) La definición de la psicopatología en el siglo XXI: más allá del DSM-V** (pp. 33-42) Barcelona. Psiquiatría.
- World Health Organization (2004) *The global burden of disease*. (pp 1-160)