



---

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

---

**RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA PARA ADOLESCENTES**

**“EI CASO DE UN POSTADOLESCENTE CON SINTOMATOLOGÍA  
DEPRESIVA”**

**Reporte de experiencia profesional para obtener el grado de Maestría  
en Psicología**

**P R E S E N T A :**

**ANGÉLICA PATRICIA CRUZ RAMOS**

---

***DIRECTORA DE TESIS: DRA. MARIA DEL CARMEN MERINO GAMIÑO***  
***REVISORA DE TESIS: MTRA. EVA ESPARZA MEZA***

**CIUDAD DE MÉXICO**

**2010**



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.

## RESUMEN

El objetivo de este trabajo es documentar los alcances del tratamiento psicoterapéutico, en el caso de un post-adolescente de 21 años con sintomatología depresiva. Se aplicó el método clínico psicoanalítico Freudiano y otras teorías derivadas, principalmente las de Peter Blos. El tratamiento en el Centro de Servicios Psicológicos de la UNAM "Guillermo Dávila", abarcó 13 sesiones. La sintomatología depresiva del paciente, se instaló a los tres o cuatro años de edad, al separarse de su madre durante un año. Desde entonces el vínculo con su madre no es estable. En el proceso terapéutico, el paciente mostró tener recursos para comprender su situación de vida y se trabajó con él para la toma de decisiones de manera autónoma y no bajo presión de los demás, al cabo de 13 sesiones se observaron cambios significativos en la vida del paciente, principalmente en el área laboral y académica.

## **ABSTRAC**

The aim of this study is to document the scope of psychotherapy in the case of a post-adolescent of 21 years with depressive symptoms. Was applied clinical method Freudian psychoanalysis and other theories derived mainly from Peter Blos. Treatment at the Center for Psychological Services of UNAM "Davila Guillermo, included 13 sessions. The patient's depressive symptoms was installed three or four years old, to leave his mother for a year. Since then his relationship with her mother is not stable. In the therapeutic process, the patient appeared to have resources to understand their life situation and worked with him for making decisions independently and not under pressure from others, after 13 sessions were significant changes in the life of patient, mainly in labor and academia.

## **AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS**

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por el apoyo brindado para la realización de mis estudios de maestría.

Agradezco también al Doctor Néstor Braunstein y Marianelida Dombronsky por el conocimiento brindado y su valiosa contribución a mi formación académica.

Así mismo, agradezco al comité de sinodales que revisó mi trabajo.

Esta tesis está dedicada a la gente que quiero y me quiere, especialmente a mi mamá, papá (✠) y a mis hermanos, quienes han sido un apoyo muy importante en mi vida.

A Alexandre, por acompañarme en una muy buena parte de la elaboración de esta tesis, por los días en la biblioteca, por la compañía, por el amor... gracias.

A mis entrañables amigos que han estado conmigo desde hace ya muchas fiestas, muchas noches, muchos días, muchas alegrías y muchas tristezas. Especialmente a Corinne y Emiliano, mi otra familia, por sus palabras, sus oídos y su mirada amorosa, gracias!!!

Por supuesto que también está dedicada a mis amigos y hermanos de huelga: gracias Jaime siempre has sido un refugio y un cómplice entrañable, a Paola por su compañía y fortaleza, a Iliana por su comprensión en momentos difíciles y su compromiso con la transformación social, a Felipe por su silencio comprensivo y su abrazo afectuoso, a Orlando por ser ese que es, por haber compartido ese corazón limpio, y a Flipy, por la sonrisa, el chiste y el cariño.

A mi amiga Iskra, por ser tú y enseñarme la importancia de ser uno mismo.

Y a muchos otros amigos que han sido compañeros y alimento para mi vida:  
Lucía, Gerardo, Violeta, Aurora, Norma, Karla, Artemisa, Pepe Sarabia, Leda,  
Miguel.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, porque gracias a su existencia  
como una institución pública y gratuita muchas personas nos podemos seguir  
formando académicamente, gracias a los que han luchado para que conserve este  
estatus. Gracias huelga del 99, gracias muchachos todos!!!

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	2
<b>JUSTIFICACIÓN</b> .....	9
 <b>CAP. I MARCO TEÓRICO</b>	
ENFOQUES TEÓRICOS SOBRE EL DESARROLLO ADOLESCENTE.....	13
DEPRESIÓN.....	33
MELANCOLÍA Y DEPRESIÓN.....	33
ENFOQUE PSIQUIÁTRICO DE LA DEPRESIÓN.....	36
DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA.....	39
TEORÍA PSICOANALÍTICA.....	40
MÉTODO CLÍNICO.....	43
RELACIONES OBJETALES.....	44
 <b>CAP. II MÉTODO</b>	
OBJETIVO.....	47
MÉTODO.....	47
TIPO DE ESTUDIO.....	47
PARTICIPANTE.....	48
ESCENARIO.....	48
PROCEDIMIENTO.....	48
 <b>CAP. III ANÁLISIS DEL CASO</b>	
ANAMNESIS.....	50
HISTORIA CLÍNICA.....	51
 <b>CAP. IV DISCUSIÓN</b>	
DISCUSIÓN DEL CASO CLÍNICO.....	72
CONCLUSIONES.....	78

<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>82</b>
--------------------------	-----------

## INTRODUCCIÓN

El estudio del adolescente es muy importante no sólo por el número de jóvenes que habita en México y específicamente en el D.F., sino por lo que dicha etapa significa.

La adolescencia es una etapa del desarrollo durante la cual se operan cambios físicos, sociales y psicológicos. Los patrones de conducta tienen que reajustarse para hacer compatible lo asimilado hasta entonces con las nuevas necesidades que su desarrollo físico trae como consecuencia.

Debido a la inestabilidad que caracteriza este período, es frecuente que irruman síntomas de diversos trastornos psicológicos que tienden a desaparecer con la conclusión de esta etapa. La depresión es uno de ellos.

Para Freud en el período de la adolescencia se reedita el complejo de Edípo y esta etapa queda resuelta con la elección de nuevos objetos de amor y con la supremacía de la genitalidad. Sin embargo, la renuncia de los objetos primarios de amor trae como consecuencia un proceso de duelo que el adolescente tendrá que enfrentar como parte de su crecimiento. Siguiendo a Freud, Francois Doltó (1990) postula que la adolescencia es un proceso de mutación en el cual se tiene que renunciar a la infancia y por lo tanto soportar la muerte de la misma, pero esta muerte dará vida a la etapa de adultez.

Peter Blos (1981) plantea que en la adolescencia no sólo hay una reedición del complejo de Edípo, sino que existen diversas etapas por las cuales el adolescente tiene que resolver este conflicto. Estas etapas son: preadolescencia, adolescencia mediana, adolescencia tardía y postadolescencia. En la primera el adolescente tiene como tarea madurativa principal integrar los elementos que ha adquirido en la latencia (periodo en el cual no existe una supremacía erógena); en la adolescencia mediana se comienza a desarrollar la identidad, la cual puede consolidarse en la adolescencia tardía y, en la postadolescencia.

Para Donald Winnicott (en Lebovici y Soulé, 1973) en la adolescencia se consolidarán las relaciones objetales, es decir, se establece un vínculo con ambos padres que le permita cierta autonomía y formar vínculos con los otros.

Este mismo autor en una conferencia (1963, conferencia Massachusetts) comenta que el adolescente puede identificarse con figuras parentales y con algún aspecto de la sociedad sin un sacrificio demasiado grande del impulso personal, o bien, en otros términos, puede ser esencialmente él mismo sin necesidad de ser antisocial. La adolescencia en sí puede ser una época tormentosa. El desafío mezclado con la dependencia extrema, hace que en el cuadro del adolescente nos parezca ver indicadores de locura y confusión. Los padres en esta fase carecen de información necesaria para desempeñar el papel de “padres de adolescentes”. Cuando no hay familia o la familia está enferma, algún sector de la sociedad debe asumir sus funciones. “No debemos tratar de curar a los adolescentes como si padecieran un trastorno psiquiátrico. Yo he empleado la frase de -desaliento

malhumorado del adolescente- con referencia a esos pocos años durante los cuales el individuo no tiene más salida que esperar, sin conciencia de lo que le sucede. En esta fase el niño no sabe si es homosexual, heterosexual o narcisista. No hay ninguna identidad establecida, y ningún modo de vida bien definido... No hay todavía capacidad para identificarse con las figuras parentales sin pérdida de la identidad personal” (Idem).

Retomando a Ana Freud, Aberastury (1978) manifiesta que la depresión durante la adolescencia guarda estrecha relación con las pérdidas que significa crecer. Insiste en que el adolescente elabora varios duelos: por la pérdida del cuerpo infantil, por el rol y la identidad infantil a la que tiene que renunciar y por la pérdida de los padres de la infancia que no lo seguirán protegiendo, lo que implica experimentar un desprendimiento del núcleo familiar. El ánimo depresivo, las reacciones de tristeza y los estados de profunda angustia que los adolescentes pueden presentar, son manifestaciones de la lucha interior por renunciar al pasado y al mismo tiempo no perderlo del todo.

Por otra parte Mannoni, O., (1989) se pregunta si es posible el análisis de la adolescencia, puesto que es un periodo de crisis, en donde se buscan figuras identificatorias diferentes a los padres, pero es difícil que las encuentren. Se plantea cuál es el lugar del analista o terapeuta para abordar el trabajo con adolescentes, ya que la mayoría de ellos acuden a la terapia con el apoyo económico de los padres y esto limita a veces el trabajo del terapeuta, puesto que de algún modo está comprometido con los padres, y estos exigen resultados que

tienen que ver en muchas ocasiones con “normalizar” la conducta de los hijos, pero no con el cumplimiento del deseo de los mismos, que en muchos casos es diferente del deseo de los padres.

Erick Erickson (1972) plantea que la adolescencia consiste en un periodo de *moratoria social* para llegar a la etapa de adultez. Para este autor la tarea principal de la adolescencia es la conquista de la identidad, incluye procesos internos o psíquicos y procesos externos o sociales. Es quizá el autor que enfatiza más en el ámbito social a diferencia de los autores antes mencionados, plantea la importancia que tiene el grupo de pares o compañeros en la búsqueda de la identidad. No es solo social por los grupos inmediatos, también habla de lo socioeconómico, político y cultural. Cuando habla de moratoria social, se refiere al tiempo que es aceptado socialmente para cursar esta etapa, de tal forma que hay sociedades en donde no existe adolescencia, en muchas zonas rurales, por ejemplo, se pasa del periodo de infancia al de adultez, sin cursar por dicha etapa, en cambio en las sociedades urbanas la adolescencia cada vez se prolonga por más tiempo debido a la escolarización prolongada y las consecuencias que ella conlleva.

El sociólogo Bourdieu (2003), expone acerca de esto y plantea que la *juventud* es una palabra, cuyo significado depende de la sociedad en la que se viva; de esta forma, la concepción que se tenga de juventud o adolescencia varía de una cultura a otra. Para este autor la adolescencia se vincula estrechamente con las relaciones de poder que existan dentro de la sociedad en que se desenvuelvan, se

es joven con respecto a otro, es un término socialmente construido “Las relaciones entre la edad social y la edad biológica son muy complejas” (2003). Considera que actualmente la adolescencia muestra dos polos en uno están los adolescentes obreros y en el otro los adolescentes burgueses, en el primer caso son jóvenes con poco acceso a la educación e ingresan a temprana edad al mundo laboral obrero; mientras que los segundos se dedican a sus estudios aplazando cada vez más su ingreso al mundo laboral y adulto, en medio de estos dos polos caben todas las posibilidades de ser joven.

El sociólogo francés Fize (2004) comenta que “el mal o el malestar del adolescente es menos biológico y mental que social, pues no se debe tanto a su dificultad de integrarse a su propio cuerpo como a la de integrarse al cuerpo social para desempeñar un papel al lado de sus mayores”.

En suma, entre los distintos autores existen coincidencias en cuanto a que en la adolescencia se presentan procesos de duelo y definiciones que afectarán su vida futura. Para Freud, es el desprendimiento de los objetos de amor infantiles. Para Doltó es la muerte infantil y el inicio de la adultez. Para Blos es la reedición del complejo de Edipo, que tendrá que resolverse con la estabilidad del yo y la supremacía genital. Para Winnicott es la consolidación de identificaciones parentales.

Dentro de toda la complejidad que se vive en la adolescencia, está presente frecuentemente el fenómeno de depresión, breve-superficial o larga y profunda.

Por esta razón, un tema central en el estudio del adolescente es el de la depresión, si bien es difícil distinguir adolescencia de depresión por lo antes mencionado, como un proceso normal dentro de este período, es importante mostrar las diferencias entre lo normal y lo patológico.

La depresión es un trastorno emocional que afecta negativamente al desarrollo de la personalidad, influye en el comportamiento, en la manera en que pensamos y sentimos sobre los demás y sobre la vida en general, altera el estado de ánimo, afecta el sueño, las relaciones interpersonales, la estabilidad emocional, la imagen que tenemos de nosotros mismos y del mundo.

Existen diferentes teorías acerca de la depresión: cognoscitiva, existencialista, estructuralista, cultural y psicoanalítica, entre otras. En este trabajo abordo la depresión desde la teoría psicoanalítica Freudiana, la cual tiene su origen en la etapa oral, y es consecuencia de la pérdida (real o fantaseada) de un objeto amado por parte del sujeto, generando hostilidad y agresión hacia él mismo. Puesto que se presume que la depresión tiene su origen en etapas muy tempranas, se vuelve indispensable revisar las relaciones objetales.

En este trabajo de tesis, describiré el caso de un varón de 21 años con sintomatología depresiva, que en términos de la edad se ubica dentro de la postadolescencia, sin embargo, en términos de los procesos psíquicos se encuentra dentro de la adolescencia tardía. Es decir, está consolidando intereses,

preferencia sexual y estabilizando aparatos mentales que salvaguarden la identidad del mecanismo psíquico.

Durante el proceso terapéutico con Jesús, se fue estableciendo la transferencia y la contratransferencia paulatinamente, de tal forma que esto permitió establecer las condiciones necesarias para trabajar. El marco teórico contiene las bases del conocimiento que nos permite comprender la depresión adolescente que fueron indispensables e iluminadoras en el tratamiento del adolescente que en este trabajo aparece con el nombre de Jesús<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Por cuestiones de confidencialidad se omite el nombre real del paciente.

## JUSTIFICACIÓN

Para el año 2000 se estimaba que en México el número de adolescentes era de 10.5 millones y representaban al 10.6% de la población (CONAPO, 2000) <sup>2</sup>. El estudio del adolescente es muy importante no sólo por el número de jóvenes que habitan en México y específicamente en el D.F., sino por lo que dicha etapa significa. La adolescencia es un periodo del desarrollo, durante el cual se operan cambios anatómicos, sociales y psicológicos. Como se mencionó anteriormente, los patrones de conducta tienen que reajustarse para hacer compatible lo asimilado hasta entonces con las nuevas necesidades que su desarrollo físico trae como consecuencia.

Aberastury (1978), refiere que la modificación corporal, el desarrollo de los órganos sexuales y la capacidad de reproducción es vivido por los adolescentes como irrupción de un nuevo rol que modifica su posición frente al mundo y que además les compromete también en todos los planos de convivencia. Ante la inminencia de los cambios corporales y la ansiedad que éstos provocan, los adolescentes hacen una huída progresiva del mundo exterior y buscan un refugio temporal en su mundo interno. Las características de este mundo interno habrán de determinar en su mayor parte la calidad de sus crisis. El mundo exterior aceptando o rechazando su riqueza creciente, les permitirá u obstaculizará desarrollarse.

---

<sup>2</sup> No existen datos estadísticos actualizados sobre el tema

Es también una etapa de transición que puede implicar la definición de un proyecto de vida que tendrá repercusiones en etapas posteriores, en muchos casos este tránsito lo realizan al lado de sus pares, que igual que ellos están explorando el mundo. Generalmente la etapa de la adolescencia coincide con la entrada o acercamiento de los padres al climaterio, en la cual experimentan cambios físicos, psicológicos y sociales que complican la comunicación con sus hijos. Es decir, además de estar atravesando por cambios en todas las esferas de su vida, los adolescentes, en la mayoría de los casos se encuentran sin asesoría por parte de los adultos. Por ello, es muy importante el desarrollo de modelos de intervención social y psicológica con esta población.

En el curso de dos años de estancia en la Maestría en Psicoterapia para Adolescentes, tuve la oportunidad de prestar mis servicios en el Instituto Nacional de Perinatología (InPer), en donde trabajé con adolescentes embarazadas. Así mismo, colaboré en el Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila”, de la Facultad de Psicología de la UNAM atendiendo casos de adolescentes. El trabajo en el InPer y en el Centro de Servicios Psicológicos permitió vincular la teoría con la práctica, con ello se cumplía el objetivo de profesionalización que tiene la Maestría en Psicoterapia con Adolescentes. En mi práctica clínica recibí la supervisión profesional de una profesora experta en el tema (Dra. Teresa Guerra), quien hacía los señalamientos correspondientes para cada caso y tenía un seguimiento de los mismos, así como también brindaba herramientas clínicas para el óptimo desempeño en el trabajo. El caso desarrollado en este reporte es

el de un post adolescente de 21 años (Jesús), atendido por presentar sintomatología depresiva, con el que trabajé durante 13 sesiones en psicoterapia con enfoque psicodinámico. Este caso, al igual que los demás tratados por mí, contó con supervisión profesional.

Elegí el caso de Jesús, porque me parece representativo del adolescente actual, en quien los plazos cronológicos para el término de la adolescencia no se cumplen debido a una combinación de procesos anatómo-fisiológicos, psíquicos y sociales. Muchos autores (Merino, 2001; Marcia, 1966,1980, y 1993; Blos, 2003; Bourdieu, 2003; Fize, 2004) han escrito acerca de la prolongación de la adolescencia en las sociedades modernas. Ya Erickson había definido esta etapa como la moratoria social para llegar a la adultez. Dentro de las sociedades modernas esa moratoria se prolonga más, debido a que el estatus de estudiante es cada vez más largo y el ingreso a la madurez se posterga. En épocas anteriores se alcanzaba la mayoría de edad a los 18 años y, se consideraba que ya se había superado la adolescencia, sin embargo, actualmente a esta edad apenas se están iniciando los estudios profesionales, y éstos tal vez se prolonguen hasta terminar una maestría, doctorado o un pos-doctorado, lo cual retarda en muchos de los casos el comienzo de la vida laboral y familiar, con responsabilidades hacia la misma persona y hacia otros, por el contrario, con la prolongación del status de estudiante, también se posterga la adquisición de responsabilidades sociales y lo que antes podría considerarse patológico, ahora se puede empezar a considerar normal, o ¿es que la norma es lo patológico?

El caso de Jesús tiene muchos elementos para pensar que en la primera infancia fue cuando se instaló la depresión en este postadolescente. Muestra cómo el vínculo materno es de suma importancia y cómo la relación con padre y madre han ido determinando en mucho su vida emocional y social.

El caso fue abordado clínicamente y para ello se realizó una valoración que consistió en una entrevista y detección de sintomatología a través del reporte verbal del paciente, Jesús presentaba: tristeza, llanto, culpa, hipersomnia. Cubriendo los criterios para considerar su sintomatología como significativa de depresión, sin llegar a cubrir todos los criterios para ser considerada como una depresión como tal.

## CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO

### ENFOQUES TEÓRICOS SOBRE EL DESARROLLO ADOLESCENTE

Para Freud en su escrito *tres ensayos para una teoría sexual* (1905) al iniciar la pubertad, se reorienta la energía sexual, va cambiando de su forma autoerótica a la supremacía de la zona genital. Para lograr que esto ocurra el adolescente tiene que pasar por varios procesos, sobre todo el cambio de objeto: “La elección de objeto es llevada a cabo al principio tan sólo imaginativamente, pues la vida sexual de la juventud en maduración tiene apenas otro campo de acción que el de las fantasías; esto es, el de las representaciones no destinadas a convertirse en actos.” (en Obras completas, Ballesteros tomo II, pág.1237) En este proceso el adolescente recurre a sus objetos primarios de amor, es decir, a sus padres, y se reedita el complejo de Edipo, el cual tendrá que “ser resuelto a través de la liberación del individuo de la autoridad de sus padres” (ídem). Por lo tanto, el adolescente tiene que desprenderse del amor de sus primeros objetos para poder depositar ese amor en objetos ajenos que impidan el incesto. Para que el adolescente consiga esta independencia emocional de los padres tiene que enfrentarse con el duelo que esta renuncia conlleva, además de enfrentar la pérdida del cuerpo infantil, por lo tanto, la adolescencia se presenta como una etapa en donde crecer puede ser doloroso, por las renunciaciones o desprendimientos que implica.

Para Dolto, F. (1990) la adolescencia es un proceso de mutación en el cual se tiene que renunciar a la infancia y por lo tanto soportar la muerte de la misma, pero esta muerte da vida a la etapa de adultez. Para esta autora “El hecho trascendental que marca la ruptura con el estado de infancia es la posibilidad de disociar la vida imaginaria de la realidad; el sueño de las relaciones reales” (pag.17). Es decir, el niño tiene que renunciar en la fantasía a sus padres como objetos de amor y aceptar las relaciones con objetos imaginarios o reales a su disposición para generar nuevas elecciones de objeto, y con ello resolver el reeditado complejo de Edipo.

También menciona la dificultad para delimitar la etapa adolescente, dependiendo de quién la defina se utilizarán criterios diferentes para hacerlo, por ejemplo, si es definida desde el campo de la endocrinología, se tomará en cuenta el desarrollo muscular y nervioso, y es probable que la prolonguen hasta los 20 años; pero si es definida por sociólogos se tomará en cuenta el fenómeno actual de los “adolescentes tardíos”, estudiantes prolongados que viven en casa de sus padres mucho más allá de su mayoría de edad (ídem).

Aberastury, A. (1978) plantea que durante la adolescencia, debe enfrentarse a cambios psicológicos y físicos que coloca al adolescente en una situación de conflicto o crisis. En esta etapa tiene que dejar de ser niño y empezar a ser un adolescente, para ello tiene que elaborar el duelo de su cuerpo infantil, ir creando una ideología propia, soltando el vínculo de dependencia hacia los padres y por lo tanto, iniciar su independencia. Sin embargo, todos estos cambios implican un

gran esfuerzo del adolescente, de sus padres y de la sociedad en la que se desarrolla.

Aberastury explica que existe el “Síndrome normal de la adolescencia”, aunque la palabra síndrome tiene una connotación de enfermedad o patología, Aberastury le agrega la palabra “normal”, es decir, a pesar de que el comportamiento del adolescente parezca patológico, es necesario que se presente para su desarrollo adecuado. Lo “normal” se establecerá dependiendo del medio social, cultural, político y económico. Es durante esta etapa que el adolescente enfrentará a sus padres, y los criticará, al igual que a la sociedad.

Para que se pueda cristalizar una personalidad satisfactoria es necesario tener una relación adecuada con objetos internos buenos y con experiencias externas no demasiado negativas.

Haciendo una diferenciación entre la adolescencia patológica y la normal, plantea que a diferencia del adolescente normal el psicópata fracasa en la elaboración del duelo (de ser niño a ser adulto), otra diferencia es que el adolescente psicopático se comunica a través de la acción, habiendo fracasado en su búsqueda por la palabra. Es importante mencionar que de lo que se está hablando es de pasaje al acto (acting out), es decir, situaciones en donde está comprometida la integridad del adolescente o de quienes lo rodean.

Cuando Blos (1981) habla de pubertad, se refiere básicamente a los cambios físicos de la maduración sexual, en cambio, cuando habla de adolescencia hace referencia a los procesos psicológicos de adaptación a las condiciones de la pubertad. Se reconoce a la adolescencia como la etapa terminal de la cuarta fase del desarrollo psicosexual, la fase genital (Freud), que había sido interrumpida por el periodo de latencia. Los fenómenos de la adolescencia están contruidos sobre antecedentes específicos de la niñez temprana. Es decir, durante la etapa oral, anal, fálica y latencia. Para que surja el proceso adolescente es importante el paso exitoso por el periodo de latencia, sin embargo, no es determinante porque de un latente problemático puede a través de un proceso de vida enriquecido surgir un adolescente equilibrado.

Es importante mencionar que existen diferencias en la maduración entre hombres y mujeres. Esta divergencia en el desarrollo físico impone exigencias extremas a la adaptabilidad física y mental del sujeto. Se plantea que la culminación del proceso exitoso, radica en el logro de un "yo" estable y en la organización de los impulsos.

El periodo de latencia proporciona al niño los instrumentos en términos del desarrollo del yo. Los logros a alcanzar en este periodo son: a) la inteligencia debe desarrollarse, haciendo uso del juicio, la generalización y la lógica; b) la comprensión social, empatía y sentimientos de altruismo deben de haber adquirido cierta estabilidad; c) la estatura física debe permitir independencia y control del ambiente; d) las funciones del yo, deben haber adquirido mayor resistencia a la

regresión y a la desintegración; e) la capacidad sintética del yo, debe ser efectiva y compleja y; f) el yo debe ser capaz de defender su integridad.

La preadolescencia se caracteriza por un aumento cualitativo en los impulsos y esta condición lleva a un resurgimiento de la pregenitalidad, es en este momento cuando se termina la latencia. El yo recurre a mecanismos de defensa tales como: la represión, formación reactiva y desplazamiento. En esta etapa surge un “estadio homosexual”, en donde un miembro del mismo sexo se toma como objeto de amor bajo la influencia del yo ideal, sin que ello conduzca necesariamente a la elección homosexual de objeto de manera permanente. En el caso del hombre, lucha con la angustia de castración con la madre y la mujer está dominada por una defensa en contra de una fuerza regresiva hacia la madre preedípica. En la adolescencia temprana la elección de objeto narcisista prevalece y la declinación de la tendencia bisexual marca la entrada en la adolescencia.

Blos (1981) plantea que durante la adolescencia propiamente tal, el adolescente se desprende de los objetos infantiles de amor e inicia la búsqueda hacia el amor heterosexual, para que este cambio ocurra, es necesario que se retire la catexis de los padres y que en el caso del hombre se haga una elección del objeto basada en el yo ideal; en el caso de la mujer hay una perseverancia en la posición bisexual, con una sobrevaloración del componente fálico, que cederá al amor heterosexual, en el tiempo adecuado. El retiro de la catexis de objeto lleva a una sobrevaloración del ser y se puede observar un aumento en el narcisismo.

Durante esta etapa, la fantasía ayuda al adolescente a asimilar los cambios catécticos.

Existen dos fuentes de peligro interno durante la adolescencia: el empobrecimiento del yo y la ansiedad instintiva, esta ansiedad pone en juego los mecanismos defensivos típicos de esta fase, destacan dentro de la cultura europea el ascetismo y la intelectualización. El primero prohíbe la expresión del instinto, el segundo vincula procesos instintivos con contenidos ideacionales.

Por otra parte, la adolescencia tardía es una fase de consolidación: 1) arreglo estable y altamente idiosincrásico de funciones e intereses del yo; 2) extensión de la esfera libre de conflicto del yo; 3) posición sexual irreversible, resumida como primacía genital; 4) una catexis de representaciones del Yo y del objeto relativamente constante y; 5) la estabilización de aparatos mentales que salvaguarden la identidad del mecanismo psíquico.

La postadolescencia es la transición entre la adolescencia y la edad adulta. Durante esta etapa el proceso de armonización en todo el impulso y organizaciones yoicas, así como las partes componentes de cada uno, están en su mayor intensidad. Durante el periodo postadolescente emerge la personalidad moral con su énfasis en la dignidad personal o autoestima.

De acuerdo con Blos, P. (2003) las tareas de la adolescencia son la reorientación de la genitalidad y el adecuado funcionamiento yoico, es decir, que no exista

posibilidad de regresión en el individuo. En la adolescencia prolongada no existe todavía una estabilidad yoica que permita al individuo mantenerse estable. Por el contrario, esta regresión tiene repercusiones en la organización psíquica del sujeto y en su personalidad.

Blos, P. (2003) plantea que en la adolescencia prolongada se evita la angustia de castración, manteniéndose un estado de ambigüedad en la identidad sexual, que se traslapa a otras áreas de la vida de la persona, como por ejemplo en el área profesional o educativa y su eventual fracaso. También menciona que la adolescencia prolongada está vinculada a un trato condescendiente en la infancia, por parte de los padres, de tal forma que la persona tiene un elevado concepto de sí mismo, pero que no corresponde con la realidad, al prolongar su adolescencia lo que pretende evitar son heridas narcisistas, ya que su yo no lo toleraría. Para este autor algunas de las manifestaciones que indican la prolongación de la adolescencia son:

- La negativa a hacer elecciones ya sea de pareja o de ocupación,
- La incapacidad para estar solo,
- La inestabilidad en la amistad,
- La amenaza constante de involucramiento homosexual,
- La adhesión en extremo devota y dependiente de la pareja,
- La excesiva demanda para compartir intereses e ideas,
- Los esfuerzos compulsivos por liberarse de los lazos infantiles de dependencia,

- Las expectativas exageradas por la ambición y la sobrevaloración de que ha sido objeto y,
- La intolerancia a la frustración y la tendencia a considerar los fracasos como golpes demoledores.

Sin embargo, para Blos es posible tratar terapéuticamente este tipo de casos, haciendo señalamientos al paciente que permitan descolocarse de su posición narcisista.

Según Blos, existe la prolongación de la adolescencia que es aceptada socialmente, a cambio de llevar a cabo estudios universitarios que permitirán al estudiante tener logros educativos y un mejor status social. Aunque ello implique un retardo en la llegada de la madurez. Actualmente esta prolongación es cada vez mayor, no se aspira únicamente a terminar una carrera universitaria, un considerable número de estudiantes aspiran a estudiar un posgrado, lo cual prolongará su estancia en la escuela y su status de estudiante, que en términos sociales les disculpará el cumplir con algunas obligaciones “propias de los adultos”, puesto que todavía no existe un ingreso económico que les permita independencia económica de sus padres, así como también se retarde la formalización de una relación de pareja y la paternidad. De tal suerte que estamos hablando de una adolescencia prolongada con un aval social.

Manonni, O. (1989) como mencioné antes, se pregunta sobre si es posible el análisis de los adolescentes, ya que éste se encuentra mediado por los padres, y

el terapeuta podría llegar a convertirse en aliado de ellos, generando con esto la suspicacia del adolescente quien está en búsqueda de figuras con las cuales pueda identificarse, para este autor la postura recomendable frente a esta situación es la que propone Winnicott, en donde “más que combatir la crisis de la adolescencia, curarla o acortarla; antes bien corresponde acompañarla y, si no supiéramos cómo, explicarla para que el sujeto saque lo mejor de ella. Sea como fuere, es preciso aceptarla” (pág.129-130). También propone convertir el espacio analítico en un espacio de transición, donde imperan principios distintos a los de la realidad, en donde el terapeuta no funja la misma función de los padres que tiene el paciente, pero sí el de figura parental que permita su desarrollo, respetando su deseo. También refiere que las mejores condiciones en las que se puede trabajar con un adolescente se dan cuando éste acude a solicitar su tratamiento sin mediación económica de los padres, puesto que el tratamiento estará libre de compromisos hacia éstos y en cambio, beneficiará al adolescente.

Erickson, E. (1972) plantea que la crisis de identidad es un fenómeno psicológico y social, su aspecto psicológico es: 1) parcialmente consciente y parcialmente inconsciente; 2) está acosado por la dinámica del conflicto, puede conducir a estados mentales contradictorios; 3) posee un propio período evolutivo, es decir, la crisis de identidad depende parcialmente de factores psicobiológicos que aseguran la base somática a un sentido coherente de mismidad vital de un organismo; 4) está enraizado en las etapas de la infancia y dependerá para su preservación y renovación de cada una de las etapas evolutivas subsecuentes.

La identidad psicosocial posee también un aspecto psichistórico y las biografías están inextricablemente entretejidas con la historia de tal modo que: a) la crisis en ocasiones es escasamente perceptible y en ocasiones lo es marcadamente; b) La identidad negativa es la suma de todas aquellas identificaciones y fragmentos de identidad que el individuo tuvo que sumergir en su interior como indeseables o irreconciliables o mediante los cuales se hace sentir como “diferente” a individuos atípicos o a ciertas minorías específicas y; c) Algunos períodos en la historia se vuelven vacíos de identidad a causa de tres formas básicas de aprensión humana: *miedos* despertados por hechos nuevos, tales como descubrimientos e inventos, *ansiedades* despertadas por peligros simbólicos percibidos vagamente como una consecuencia de la desintegración de las ideologías existentes y, el *temor* de un abismo existencial desprovisto de significado espiritual.

La identidad psicosocial está localizada en tres órdenes en los que el hombre vive en todo tiempo: 1) El orden somático, por el cual un organismo busca mantener su identidad en una renovación constante de la mutua adaptación del interior y el medio ambiente; 2) el orden yoico, es decir, la integración de la experiencia y conducta personales; 3) el orden social mantenido, unido por organismos yoicos que comparten una ubicación histórico-geográfica.

El niño internaliza dentro del superyó más que nada las *prohibiciones* que emanan de la estructura social-prohibitiva, es más, que son percibidas y aceptadas con los limitados medios cognoscitivos de la infancia temprana y

preservadas a lo largo de la vida con un sadomasoquismo primitivo inherente a las propensiones moralistas del hombre.

Para Erickson, Freud conceptualizó al yo como una parte psicológica de la estructura interna inconsciente del hombre, pero no examinó al “Yo”, el núcleo de la conciencia. El Yo, lucha por una concienciación sin obstáculos. A la larga, el “Yo” trasciende su superdefinido yo y, tarde o temprano, encara el dilema de la existencia versus la política.

Lo que Erikson, E. (1972) llama ritualización consiste en el interjuego acordado por lo menos entre dos personas que lo repita a intervalos significativos y dentro de contextos recurrentes y este interjuego debe poseer un valor adaptativo para los respectivos yos de ambos participantes.

La primera afirmación imprecisa por parte de la madre hacia el recién nacido se vuelve un elemento básico en todo ritual: Erickson lo llama el elemento numinoso, la sensación de una presencia sacralizada. Erickson relaciona esta sensación en el niño con las ritualizaciones más tempranas (religiosas), en donde el efecto emocional es una sensación de separación trascendida y a la vez de distinción confirmada. Un objetivo importante de la ritualización es la superación de la ambivalencia. Las funciones vitales que lleva a cabo la ritualización son; a) liga a la energía instintiva dentro de una pauta de mutualidad (madre – hijo); b) Permite a la madre ser ella misma y la representante del ethos de un grupo; c) Prepara el terreno para identificaciones mutuas perdurables entre el adulto y el niño, de

generación en generación y; d) Proporciona el primer paso para el desarrollo gradual de una identidad independiente.

El elemento judicial de la ritualización tiene que ver con que el niño es entrenado para vigiliarse a sí mismo. Los padres lo comparan con lo que podría llegar a ser si no estuviera vigilado. El elemento judicial falla en su función adaptativa cuando la conformidad temerosa reemplaza al libre asentimiento de lo que es percibido como correcto. El elemento dramático está enraizado en los avances madurativos de la edad del juego. En el juego se revive, corrige y recrea experiencias pasadas y anticipa roles y acontecimientos futuros con la espontaneidad y repetitividad que son parte de toda ritualización. Otro elemento es el de la perfección en la ejecución. Consiste en la disposición y secuencia en detalle que son indispensables para la magia ceremonial. El juego es transformado en trabajo.

A todos los elementos antes mencionados se agrega el elemento ideológico y es aquel que proporciona una coherencia de ideas e ideales. Solo puede llamarse adulto al hombre en el sentido de que puede dedicarse a tareas rituales y puede confiársele la de convertirse en el ritualizador cotidiano en la vida de sus hijos.

En la juventud emerge un sentido de *identidad psicosocial* y la *disposición para el estilo ideológico* que impregna las ritualizaciones de su cultura. Para preservar o renovar su sociedad los jóvenes tienen que *integrar* estos dos procesos. La confusión de la identidad se expresa clínicamente en el aislamiento o la delincuencia.

En la adolescencia, el desarrollo previo, la dirección presente y la perspectiva futura deben proporcionar en forma conjunta un detallado plano ideológico en beneficio del yo adolescente al igual que en el de la sociedad.

El yo adolescente necesita de una cierta difusión, con la finalidad de expandir algunos límites del sí mismo para incluir una identidad más amplia, con ganancias compensatorias en el tono emocional, en la certidumbre cognoscitiva y en la convicción ideológica, presentándose todo esto dentro de estados de amor, de unión sexual y de amistad, de discipulado y de inspiración creadora. Por otra parte la confusión de la identidad generaría un empobrecimiento y una disipación de las ganancias emocionales, cognoscitivas y morales.

La orientación moral y ética pasa por varias etapas: el *aprendizaje moral* es un aspecto de la infancia, la *experimentación ideológica* es parte de la adolescencia y, la *consolidación ética* es una tarea propiamente adulta. Esta última se refiere a la aceptación de un sentido universal de valores con visión y previsión, con anticipación de responsabilidades inmediatas, una de las cuales es transmitir estos valores a la generación siguiente.

Erikson identifica tres necesidades evolutivas que señalan la terminación de la adolescencia: una identidad unida a alguna eficacia; una sexualidad ligada a un estilo de intimidad; y la anticipación de volverse, en poco tiempo, responsable de la siguiente generación.

Fize, M. (2004), estudia la adolescencia desde la sociología y plantea que la problemática adolescente más que una crisis individual, es una crisis social, puesto que no hay lugar para los adolescentes. Critica fuertemente a los adultos por su incapacidad para generar condiciones de respeto y acompañamiento hacia los adolescentes. Plantea que los adultos impiden a los adolescentes asumir responsabilidades y con ello coartan su desarrollo, su capacidad de decisión y su inclusión en la sociedad como individuos activos. Este autor se pregunta si la adolescencia no podría ser entonces un período de reconsideración de las conductas paternas, en que la familia apoyara con paciencia al adolescente en ese paso indispensable, respondiendo a su inseguridad con una confianza redoblada y a su introversión con acciones adecuadas, inteligentes y que lo ayudaran a valorarse.

Para este autor la adolescencia es "...un conjunto de prácticas culturales y de conductas sociales; es un grupo de edad y no sólo cuerpos hermosos en formación o mentes traviesas que entran en acción". El énfasis está puesto en la cultura y la sociedad y no en los cambios físicos y psicológicos. Fize sostiene que la adolescencia es una creación reciente, de finales del siglo XIX, cuando la burguesía francesa quiso asegurar el poder de sus hijos sobre el saber y crean la enseñanza secundaria. Sostiene que la adolescencia es incierta en su duración, ya que es un proceso, por lo tanto, plantear etapas con determinada edad resulta un tanto absurdo, puesto que cada adolescente tiene su propio proceso y finalizará su adolescencia en diferentes momentos.

Fize argumenta que la llamada crisis de adolescencia, no es sino la crisis de la responsabilidad social. Las manifestaciones de rebeldía que se observan no son inherentes a esta edad de la vida, son el resultado de actitudes sociales que niegan cualquier estatus a los adolescentes. Una sociedad desunida, desorganizada, desanimada, herida cuyos mecanismos reguladores ya no funcionan, esta es la sociedad en la que crecen y desarrollan los adolescentes actualmente, a este mundo le llama el mundo de las certidumbres perdidas como lo nombraba Weber, es decir, un mundo con opciones nulas o muy escasas para el desarrollo integral, situación que a largo plazo trae consecuencias negativas a la sociedad. Ante este escenario, lo que plantea como solución es una sociedad en la cual se tome en cuenta a los adolescentes, en donde se les acompañe e incluya en la toma de decisiones, es lo que él llama el papel de ciudadano, con capacidad de decidir y de responsabilizarse.

Coleman, J. (1989) hace una recopilación de otros autores abordando el desarrollo cognitivo, ya que considera que es uno de los sectores de la maduración menos manifiesto, pero muy importante dentro del desarrollo. Inicia revisando a Piaget, quien considera que existe un cambio cualitativo en la naturaleza de la capacidad mental, y no cualquier simple incremento de la capacidad cognitiva y afirma que en este punto de desarrollo tienen lugar las operaciones formales y con ellas el joven empieza a disponer de cierto número de importantes capacidades, la más relevante es la de construir proposiciones, lo cual facilita un modo hipotético-deductivo de solucionar los problemas. Permite asimismo al individuo pensar a cerca de constructos mentales como si se tratase de objetos que pueden ser

manipulados y asimilar nociones de probabilidad y creencia. También revisó las investigaciones de Elkind y encontró que estudió un aspecto del pensamiento operacional formal aplicando el test conocido como el “*problema del péndulo*”, su solución depende de la capacidad por parte del individuo, para comprobar sucesivamente diversas hipótesis. Es importante tener en cuenta que el desarrollo del pensamiento formal no es, desde luego, una cuestión de todo o nada, pasando el individuo de repente, de un estadio a otro.

Coleman señala, que la investigación reciente indica que no todos los adolescentes de 12 a 13 años desarrollan el pensamiento operacional formal que planteaba Piaget, por el contrario, existe un general consenso que dice que a la edad de 16 años sólo una minoría alcanza el nivel más avanzado de pensamiento formal. Elkind, ha ampliado en gran medida la noción del razonamiento del adolescente con el desarrollo de la noción de egocentrismo en la adolescencia. El logro de un pensamiento operacional formal permite al adolescente no sólo pensar en su propio pensamiento, sino también en el de otras personas. Esta incapacidad para darse cuenta del pensamiento de otras personas es lo que está en la base del egocentrismo adolescente. Elkind vincula este tipo de egocentrismo con un concepto que él designa como la “audiencia imaginaria”, y está basada en la premisa de que los demás le admiran o le critican de idéntico modo a como él mismo se admira o se critica. Otro aspecto significativo del egocentrismo adolescente es la fábula personal.

En cuanto al pensamiento moral, Piaget ha descrito dos estadios principales. Al primero lo designa como realismo moral, se refiere a un período durante el cual los niños de corta edad establecen juicios sobre una base objetiva. El segundo estadio, aplicado a los niños cuyas edades oscilan entre los 8 y 12 años, ha sido descrito como el de la moralidad de cooperación o moralidad de reciprocidad, las decisiones de moralidad se adoptan habitualmente sobre una base subjetiva, dependiendo con frecuencia de una apreciación de las intenciones, más que de las consecuencias.

Este autor ha esbozado una teoría focal de la adolescencia, que implica una visión mucho más flexible del desarrollo, considera que: a) La solución de una cuestión no es considerada como condicional para abordar la siguiente; b) La teoría no asume la existencia de límites fijos entre estadios y, c) No existe nada inmutable en la secuencia de que se trate.

Sugiere que:

- Los adolescentes se adaptan mejor a situaciones en las que pueden desempeñar un papel en el proceso de adopción de decisiones, pero en donde los adultos no teman asumir papeles y asegurar que estos sean respetados.
- Los jóvenes tienen necesidad de participar cuanto sea posible en el mundo de los adultos y especialmente en el mundo laboral.

- También tienen la necesidad de ser considerados como individuos y no ser menoscabados por estereotipos.
- Al parecer la baja proporción de jóvenes que alcanzan el nivel de pensamiento operacional formal, puede deberse a que los adultos dedican muy poco tiempo a estimular el pensamiento en los adolescentes.
- Los adolescentes sienten necesidad de que se les ayude más en su sexualidad en vías de desarrollo.
- Necesitan que se les proporcione todo género de oportunidades para intervenir en actividades de grupo con sus compañeros. El grupo de compañeros es tan sólo peligroso cuando están ausentes las influencias positivas familiares y, en la mayoría de los casos, los padres y los amigos actúan en conjunto como agentes de socialización que se refuerzan recíprocamente.
- Por último, hay tensiones inherentes al proceso transicional, pero mientras que las principales adaptaciones puedan ser abordadas cada una a su tiempo, la mayoría de los adolescentes poseen los recursos necesarios para realizarlas.

La conclusión más importante de la revisión realizada por Coleman es que la adolescencia precisa de una teoría de la normalidad y no de la anormalidad. La transición de la infancia a la edad adulta no puede lograrse sin esenciales ajustes de naturaleza psicológica y social y, a pesar de ello, la mayoría de los jóvenes parece superar tal situación sin excesiva tensión.

Kimmel, D. y Wiener, I. (1998) plantean que existen dos concepciones opuestas del desarrollo humano, la primera se basa en la teoría predeterminista de que los rasgos innatos determinan el desarrollo y la segunda en la idea de la tabula rasa de que los factores ambientales son lo único importante. Los cambios biológicos relacionados con la pubertad son potencialmente significativos, no obstante, la naturaleza específica de su influencia está determinada menos por los cambios bioquímicos en el seno del adolescentes que por el entorno sociocultural en el que éste vive. El ritmo de los cambios relativos a los compañeros del adolescente y el significado atribuido a dichos cambios son especialmente importantes.

En los años setenta, la sociobiología, sugería que muchas conductas prosociales moralmente relevantes, como ayudar, compartir y cooperar, estaban enraizadas en la herencia genética de nuestra especie y fueron evolucionando debido a su valor de supervivencia.

Berk, L. (1999) revisó la teoría de Kohlberg, este autor plantea que la moralidad cambia desde el razonamiento concreto, orientado externamente a justificaciones más abstractas, orientadas a principios para la elecciones morales. Cada etapa moral se construye sobre capacidades cognitivas y de toma de perspectiva. La investigación sugiere un papel influyente a los contextos ambientales en el desarrollo de la comprensión moral. El razonamiento moral avanzado no se alcanza a menos que exista apoyo en muchos niveles, incluidos la familia, los iguales, el colegio y la sociedad. Aunque la teoría de Kohlberg enfatiza una moralidad de justicia en vez de una moralidad de cuidado, no subestima la

madurez moral de las mujeres. A medida que los individuos avanzan a través de las etapas de Kohlberg, el razonamiento moral está mejor relacionado con la conducta. Los desafíos recientes a la teoría de Kohlberg cuestionan su definición de madurez moral y su perspectiva del razonamiento moral de los niños pequeños.

Como se puede apreciar en este apartado, los autores hablan de las diferentes etapas por las que tiene que atravesar el adolescente y lo que la adolescencia implica, en general, podemos decir que la adolescencia es una etapa del desarrollo en la cual se dan cambios físicos y psicológicos importantes que traen consigo una manera diferente de representar y sentir el mundo. También está la voz de los sociólogos que hablan de la adolescencia y aportan esta otra visión del adolescente como parte de un todo, la sociedad. Estos cambios pueden estar acompañados de sentimientos de tristeza o de cuadros depresivos, en el caso que se analizará en este trabajo se presenta sintomatología depresiva, por ello es importante que abordemos ese tema para tener una mejor comprensión del caso.

## **DEPRESIÓN.**

En los últimos años, la importancia de la depresión se ha destacado, pues además de ser el problema más reportado de salud mental, es un padecimiento que acarrea muchos trastornos al ser humano. Dado que la depresión, es el estado emocional que con más frecuencia se presenta, es difícil imaginar que exista ser humano que no haya sufrido algún síntoma de depresión.

La depresión es un estado emocional que afecta negativamente diversas áreas de la personalidad, influye en el comportamiento, en la manera en que pensamos y sentimos sobre nosotros mismos, sobre los demás y sobre la vida en general, altera el estado de ánimo, afecta el sueño, las relaciones interpersonales, la estabilidad emocional, la imagen que tenemos de nosotros mismos, entre otros.

## **MELANCOLÍA Y DEPRESIÓN.**

Cuando Freud (*Duelo y Melancolía*, 1915) habla de melancolía se refiere a lo que hoy conocemos como depresión, para él la depresión se instala en una etapa oral, es decir, al principio del desarrollo y está directamente vinculada con la relación que el niño y la figura materna establecen. Depende de qué tan buena sea la relación existente entre ellos dos, el rumbo que vaya a tomar el desarrollo del niño. En la etapa oral se encuentra el niño en un estado de dependencia total hacia la madre, por lo tanto, sin ella no sobrevive, pero no solo en términos físicos, sino

también en términos psíquicos. Freud habla de una ambivalencia hacia la madre o cuidador, en los casos de depresión, es decir, coexisten amor y odio, solo que el odio que se siente hacia la madre es muy difícil de aceptar por parte del niño, por lo tanto ese odio, es revertido hacia sí mismo, generándole sufrimiento intenso, culpa y castigo.

“Explicamos el doloroso sufrimiento de la melancolía, estableciendo la hipótesis de una reconstrucción en el yo del objeto perdido; esto es, la sustitución de una carga de objeto por una identificación” (citado en obras completas, Ballesteros, tomo III pág. 2710).

Freud hace una diferenciación entre duelo y melancolía para él, la diferencia básica entre uno y otro radica en que en el melancólico persiste “una extraordinaria disminución de su amor propio, o sea un considerable empobrecimiento de su yo. En el duelo, el mundo aparece desierto y empobrecido ante los ojos del sujeto. En la melancolía es el yo quien ofrece estos rasgos a la consideración del paciente, que describe su yo como indigno de toda estimación, incapaz de rendimiento valioso alguno y moralmente condenable. Se dirige amargos reproches, se insulta y espera la repulsa y el castigo. Se humilla ante todos los demás y compadece a los suyos por hallarse ligados a una persona tan despreciable. No abriga idea alguna de que haya tenido efecto en él una modificación, sino que extiende su crítica al pasado y afirma no haber sido nunca mejor. El cuadro de este delirio de empequeñecimiento (principalmente moral) se completa con insomnios, rechazo a alimentarse y un sojuzgamiento, muy singular

desde el punto de vista psicológico, del instinto, que fuerza a todo o animado a mantenerse en vida” (*Duelo y Melancolía*, Ballesteros tomo II, pág. 2091-2092).

Para Winnicott (1979), “la melancolía es una forma organizada de los accesos de humor depresivo a que se encuentran sujetas casi todas las personas. En algunos casos, el paciente aquejado de melancolía se ve paralizado por un sentimiento de culpabilidad...el sentimiento de culpabilidad es una forma especial de angustia asociada con la ambivalencia o, si se prefiere, la coexistencia del amor y el odio” (pág. 20). Es decir, para Winnicott al igual que para Freud, la depresión o melancolía están ligadas a extremos sentimientos ambivalentes que generan sufrimiento en la persona y no le permiten una vida plena o con menos conflicto interno. Para este autor en el centro de los estados depresivos o enfermedades melancólicas “se halla la duda, la duda sobre el resultado final de la lucha entre las fuerzas del bien y del mal o, recurriendo a términos psiquiátricos, entre los elementos benignos y persecutorios dentro y fuera de la personalidad. En la posición depresiva, dentro del desarrollo emocional del niño o de un paciente, observamos la evolución del bien o del mal según las experiencias instintivas hayan sido satisfactorias o frustratorias” (Ibid., pág. 21).

Para Winnicott la capacidad de estar solo implica madurez emocional y está directamente relacionada con el tipo de relación que existe entre el niño y la madre sustentadora del ego. “De modo gradual el ambiente sustentador del ego es objeto de un proceso de introyección e integración en la personalidad del individuo, de tal manera que se produce la capacidad para estar realmente solo. Aun así, en teoría

siempre hay alguien presente, alguien que, en esencia y de un modo inconsciente, es igualado a la madre; es decir, a la persona que, en los primeros días y semanas, estuvo temporalmente identificada con su niño, a cuyo cuidado se hallaba volcada toda su atención”(Ibid., pág. 40).

### **ENFOQUE PSIQUIÁTRICO DE LA DEPRESIÓN.**

De acuerdo al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV, 2005), para establecer el diagnóstico de un episodio depresivo mayor, se deben de presentar cinco o más de los siguientes síntomas durante dos semanas:

- (1) Estado de ánimo depresivo
- (2) Pérdida de interés o de la capacidad para el placer
- (3) Hiperfagia o hipofagia
- (4) Insomnio o hipersomnia
- (5) Agitación o enlentecimiento psicomotor
- (6) Fatiga o pérdida de energía
- (7) Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva
- (8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse
- (9) Pensamientos recurrentes de muerte

En el caso de los niños o adolescentes el estado de ánimo puede ser reportado como irritable en lugar de triste.

Si se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, para describir el estado clínico actual del episodio y los síntomas del episodio actual, pueden utilizarse las siguientes especificaciones:

- Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos.
- Crónico
- Con síntomas catatónicos
- Con síntomas melancólicos
- Con síntomas atípicos
- De inicio en el posparto

Para realizar el diagnóstico diferencial, es importante mencionar que una historia de un episodio maníaco, mixto o hipomaníaco, excluye el diagnóstico de trastorno depresivo mayor. Asimismo, se debe diferenciar de un trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica, en éste se considera al estado de ánimo un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica específica. También hay que diferenciarlo de un trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, en este caso se considera que una sustancia está etiológicamente relacionada con la alteración del estado de ánimo. El trastorno depresivo mayor se distingue del

trastorno distímico con base en la gravedad, la cronicidad y la persistencia, en el trastorno distímico el estado de ánimo depresivo debe estar presente la mayoría de los días a lo largo de un periodo de al menos 2 años. El trastorno esquizoafectivo difiere del trastorno depresivo mayor, con síntomas psicóticos, por la exigencia de que en el trastorno esquizoafectivo tiene que haber al menos 2 semanas de ideas delirantes o alucinaciones que aparezcan en ausencia de síntomas afectivos acusados. Para diferenciar el trastorno depresivo mayor de una demencia, es importante realizar una evaluación médica completa y considerar el inicio de la alteración, la secuencia temporal de los síntomas depresivos y cognoscitivos, el curso de la enfermedad y la respuesta al tratamiento.

El enfoque psiquiátrico se fundamenta en la elaboración del diagnóstico y en la aplicación del tratamiento farmacológico requerido por la persona, con el objetivo de eliminar los síntomas que generan malestar.

Es importante señalar que a diferencia del enfoque psiquiátrico el énfasis que se pone en la terapia con orientación psicoanalítica es la búsqueda del deseo del paciente y no únicamente la eliminación del síntoma, ya que esto lo único que provocará será el surgimiento de un nuevo síntoma, pero el malestar persistirá.

## **DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA.**

Muchos autores (Aberastury, Doltó, Blos) coinciden en decir que debido a la inestabilidad que caracteriza la adolescencia, es frecuente que irruman en algunas ocasiones síntomas de diversos trastornos psicológicos que tienden a desaparecer con la conclusión de esta etapa, la depresión es uno de ellos.

La adolescencia es la etapa de la vida en que el individuo deja de ser niño para convertirse en adulto; sus esfuerzos por alcanzar la madurez y lograr su independencia pueden originarle un período de turbulencia emocional. La conducta rara y exasperante del adolescente surge de sus inexpertos esfuerzos por enfrentarse a situaciones difíciles cuando aún le falta madurez emocional. El abandonar la imagen de sus progenitores como seres poderosos, supremos e infalibles le genera un vacío que puede desencadenar una depresión, la cual generalmente se manifiesta como una acción de rebeldía y desafío. Hay factores que afectan el desarrollo normal del adolescente, originándole severas depresiones que podrían llevarlo hasta el suicidio, entre estos factores se encuentran: la ambivalencia en relación con el logro de su independencia, el inicio de la actividad sexual y las presiones de sus compañeros.

Aberastury (1978) reconoce de acuerdo con Ana Freud, que la depresión durante la adolescencia guarda estrecha relación con las pérdidas que significa el crecer. El adolescente elabora un duelo por la pérdida del cuerpo infantil, por el rol y la identidad infantil a la que tiene que renunciar, y por la pérdida de los padres de la

infancia que no lo seguirán protegiendo, lo que implica experimentar un desprendimiento del núcleo familiar. El ánimo depresivo, las reacciones de tristeza y los estados de profunda angustia que los adolescentes pueden presentar, son manifestaciones de la lucha interior por renunciar al pasado y al mismo tiempo no perderlo del todo.

### **TEORÍA PSICOANALÍTICA.**

Puesto que el caso clínico al que me referiré en este trabajo fue abordado desde la teoría psicoanalítica, me parece importante hacer mención de la misma, con el fin de tener elementos que permitan la comprensión del caso y la interpretación del mismo.

La teoría psicoanalítica surge a finales del siglo XIX con Sigmund Freud en Viena, siendo él un reconocido neurólogo, propuso por primera vez una teoría psicosexual, es decir, la psique tiene una base sexual, que en aquella época generó un escándalo puesto que agredía a la sociedad conservadora de Viena, con sus planteamientos acerca de una sexualidad infantil que impactaba durante toda la vida del individuo. Para Freud, desde el nacimiento y hasta el final de nuestros días es la sexualidad la que rige nuestro hacer en la vida.

Para Freud en *Tres ensayos para una teoría sexual* (1905) el desarrollo psíquico ocurre en etapas, cada una de ellas cumple una función de placer corporal por un lado y por otro es indispensable para la sobrevivencia. La primera etapa que

propone es la etapa oral, en esta etapa el placer se centra en la boca, y también es por la boca, por donde el niño se alimenta y entra en contacto con el pecho materno (y mucho más tarde con su madre como objeto externo). Después plantea la etapa anal, el placer está centrado en el ano, en este momento del desarrollo del niño, ocurre el control de esfínteres, retener o soltar las heces fecales es la tarea principal que el niño tiene que aprender y junto con esta tarea, otras importantes como gatear, caminar y aprender a manejar algunas de sus necesidades básicas de acuerdo a hábitos y rituales establecidos por su cultura. Posteriormente surge la etapa fálica, en esta etapa el placer está centrado en los órganos genitales, surge la curiosidad por explorar el cuerpo y se descubre el placer en el pene o el clítoris, a partir del descubrimiento de ese placer el niño tratará de autoestimularse, surgiendo con esto la masturbación. En esta etapa es en la que tiene lugar el complejo de Edipo, que consiste en el enamoramiento del progenitor del sexo contrario y cambia su curso en la adolescencia, con la identificación hacia el padre del mismo sexo. Mientras tanto, se instaure la prohibición del incesto, ya que el niño tendrá que aprender a buscar sus objetos de amor fuera de la familia, de otro modo incurrirá en una falta grave a las normas morales. La etapa de latencia se caracteriza porque disminuye el interés y la atención sobre las zonas erógenas, a causa del despertar de nuevos intereses, los esfuerzos están centrados en desarrollar habilidades cognoscitivas y sociales que permitan al niño asimilar el mundo e integrarse a él. Por último, la genitalidad es la culminación del desarrollo psicosexual. Con la llegada de la pubertad, surgen cambios físicos y psíquicos que llevan a la masturbación y la elaboración de fantasías sexuales, en algunos casos se da la búsqueda de objetos amorosos

externos a la familia. La genitalidad se establece en algún momento de la adolescencia, cuando ya existe la posibilidad de procreación. También en esta etapa se busca la separación de la autoridad de los padres.

Freud fue el primer teórico en hablar acerca de un aparato psíquico con tres instancias: ello, yo, y superyó, de acuerdo a Freud cada una de estas instancias cumplen una función sumamente importante en el desarrollo psíquico de las personas. La primera de estas instancias que se desarrolla es el ello, ya que el ello está constituido básicamente por los instintos, se rige por el principio de placer, es decir, exige satisfacción inmediata de sus necesidades. Siguiendo el desarrollo ontogenético podemos identificar en la primera parte del mismo una dependencia total del niño hacia su cuidador, puesto que no puede alimentarse, o satisfacer cualquiera de sus necesidades de manera autónoma, necesita de un adulto que lo satisfaga y que le de los elementos afectivos indispensables para su desarrollo emocional, (autores como Erickson hablan de ciertos elementos que el niño debe adquirir en su desarrollo –confianza básica, autonomía, iniciativa, laboriosidad, etc.). La segunda instancia que se forma del aparato psíquico es el yo, regido por el principio de realidad, y es la instancia que se encarga de regular las demandas del ello y del superyó. El superyó es la instancia en formarse, se dice que es el heredero del complejo de Edipo, ya que es con la resolución de este conflicto que se instaura el superyó. Esta instancia es la encargada de introyectar la conciencia moral, el ideal del yo, y el yo ideal.

## **MÉTODO CLÍNICO.**

Para el tratamiento de los padecimientos psicológicos Freud propuso el método clínico. Al iniciar sus trabajos con pacientes histéricas, Freud descubrió que la mente y el cuerpo están íntimamente ligados y que los padecimientos “mentales” de las pacientes tenían repercusiones físicas importantes. Para el tratamiento de dichos padecimientos, utilizó la hipnosis en un primer momento y posteriormente el método catártico y finalmente el de la asociación libre o de curación a través del habla, ya que descubrió que existían eventos traumáticos de orden sexual en la vida de esas pacientes, solo que se encontraban reprimidos, es decir, fuera de la conciencia, por lo tanto, existía una instancia que no era consciente y que era necesario conocer para que el trauma quedara al descubierto y sin los efectos nefastos que tenían sobre las pacientes. A partir de ese momento, Freud trabajó con material del preconscious y del inconsciente. Conviene aclarar que el consciente para Freud es todo aquel material que es accesible al individuo, el preconscious es el que se encuentra en estado latente, que está disponible para emerger, y el material inconsciente es el que no tiene acceso a la conciencia, pero que se manifiesta de diferentes maneras, a través de lapsus, o a través de los sueños, por eso los sueños son tan importantes en el tratamiento de los pacientes.

El método clínico que Freud utiliza es el método de la palabra que hace consciente lo inconsciente, y con ello contrarresta los efectos negativos que los traumas infantiles pueden tener sobre la vida del paciente.

## RELACIONES OBJETALES.

Debido a que la mayoría de los psicoanalistas piensan que la melancolía tiene sus raíces en las experiencias emocionales tempranas, es importante señalar algunos trabajos que hablan al respecto.

Lebovici y Soulé (1973) señalan que los psicoanalistas genéticos describen la relación objetal como la consecuencia de un vínculo evolutivo entre el niño y su madre. Estudian sobre todo la influencia de la presencia del objeto, de su reconocimiento o de su ausencia. Sólo el desarrollo favorable de la relación con un objeto permite la automatización de las funciones del yo y el logro de la neutralización de las energías pulsivas que deben fusionarse en el mismo objeto en sus aspectos libidinal y agresivo.

Para Bowlby (en Lebovici et al., 1973) el comportamiento de apego observado durante el primer año de vida es un conjunto compuesto de diversas respuestas instintivas que, al principio, son relativamente independientes. El niño manifiesta a la vez, y paralelamente, necesidades específicamente orales y necesidades de contacto. Se integran a lo largo del desarrollo y se centran en torno a la madre. Esta es la base del comportamiento de apego. Al estudiar los aspectos positivos y dinámicos del vínculo del hijo con la madre, considera que se expresan por medio de cierto número de respuestas instintivas, que son primarias y relativamente independientes entre sí. Distingue cinco componentes: Chupar, asirse de, seguir,

llorar, sonreír. Estos componentes se integran a lo largo de todo el primer año y desembocan en el comportamiento de apego.

Winnicott (Ibid) considera que existe una dependencia absoluta que crea la vida mental. Para él, el niño de pecho es uno con su madre que le mantiene y le sostiene, proporcionándole los cuidados adecuados que su instinto le permite darle a lo largo de una crisis que no duda en calificar como psicótica. Existiría pues, un funcionamiento mental antes de la constitución del yo. Está caracterizado por lo que llama “el self”.

Afirma que la satisfacción, en la medida en que mata al deseo, puede aniquilar al objeto y ésta es la razón por la que los recién nacidos no están siempre felices y contentos después de una comida que los ha dejado satisfechos, contrariamente a lo que se piensa. Winnicott repetirá con frecuencia que la madre debe saber intuitivamente responder a todas las necesidades de su hijo cuando viene al mundo, al menos, responder a sus necesidades para no satisfacerlas con exceso y permitir al self constituirse y funcionar.

Winnicott considera la *posición depresiva* en el desarrollo afectivo normal, como el resultado natural de un largo proceso de desarrollo. El niño pequeño “mantenido por la madre”, llega a la posición depresiva con la ayuda del tiempo. La madre mantiene una situación para que el niño tenga la posibilidad de elaborar las consecuencias de sus experiencias instintivas. Utiliza la palabra “mantener” para caracterizar lo esencial de la unidad de los cuidados maternos y del bebé, con ello

quiere indicar que la madre es quien permite diferenciar al amor y al odio que coexisten, también permite el establecimiento de sus relaciones y el hecho de que su hijo las domine dentro de sí mismo. Coloca la situación depresiva en el momento del destete y en el momento en el que el hijo es capaz de jugar a dejar caer los objetos (en Lebovici et al., 1973).

Es importante señalar cómo los autores anteriores enfatizan la relación de la madre con el hijo para su desarrollo óptimo, y cómo esta diada es básica para la comprensión psíquica del sujeto.

## **CAPÍTULO II**

### **MÉTODO**

#### **OBJETIVO:**

El objetivo de este trabajo es comprender los alcances del tratamiento psicoterapéutico, en el caso de un adolescente “tardío” que presenta sintomatología depresiva. La comprensión del caso se realiza a partir de la teoría psicoanalítica de Freud, y de las construcciones teóricas y técnicas de analistas post-freudianos, principalmente Blos, P. (1980, 1981 y 2003).

#### **MÉTODO:**

El método utilizado será el clínico, en el cual se enmarca el trabajo terapéutico orientado Psicoanalíticamente.

Se entiende por método clínico el estudio de caso que busca, mediante la asociación libre, reunir material que para el paciente puede parecer irrelevante, pero que proporciona información acerca de las causas inconscientes que tienen al paciente en el estado actual.

#### **TIPO DE ESTUDIO:**

Estudio de caso.

**PARTICIPANTE:**

Adolescente varón de 21 años, de tez morena, estatura aproximada de 1.80cm., compleción media, viste de acuerdo a su edad, en adecuadas condiciones de higiene y aliño sin que se observe un cuidado especial. Durante el inicio del tratamiento no estudiaba. Fue referido por una psicóloga del CIDE (Centro de Investigación y Docencia Económica) al INP (Instituto Nacional de Psiquiatría), en donde fue diagnosticado con Depresión, se le asignó un tratamiento psiquiátrico (antidepresivos), que nunca tomó. Presenta sintomatología depresiva: tristeza, llanto, culpa e irritabilidad. Estos síntomas fueron reportados verbalmente y en su hoja de ingreso al Centro de Servicios Psicológicos "Guillermo Dávila" de la Facultad de Psicología de la UNAM.

**ESCENARIO:**

El proceso psicoterapéutico, se llevó a cabo en un consultorio de aproximadamente 2m X 2m., cuenta con tres sillones, luz adecuada y un ventanal, y reúne las condiciones de privacidad que requiere el tratamiento, se encuentra ubicado dentro del Centro de Servicios Psicológicos "Guillermo Dávila" de la Facultad de Psicología de la UNAM.

**PROCEDIMIENTO:**

Solicité al Centro de Servicios Psicológicos "Guillermo Dávila" de la Facultad de Psicología de la UNAM, un caso adolescente para tratamiento psicoterapéutico y me fue asignado el paciente. Se realizó una llamada telefónica para concertar la

primera entrevista clínica, cabe señalar que el paciente ya había acudido a preconsulta y había sido aceptado para tratamiento dentro del Centro de Servicios.

En la primera sesión se llevó a cabo el encuadre terapéutico, que consistió en concertar los días de sesión (2 veces por semana), la hora, la duración de la sesión y la consigna de hablar lo primero que se le ocurra. El lugar y el costo fueron determinados por el Centro de Servicios Psicológicos.

Durante las tres primeras sesiones se estructuró una historia clínica, indispensable para comprender la problemática del paciente y que fungió como una evaluación que permitiera elaborar el diagnóstico, en este caso no se determinó depresión propiamente tal, de acuerdo al DSM IV, presentaba síntomas depresivos que impedían un adecuado desarrollo en su vida cotidiana. En las sesiones posteriores se realizaron diversas intervenciones terapéuticas (señalamientos, recapitulaciones e interpretaciones).

### **CAPÍTULO III**

#### **ANÁLISIS DEL CASO**

*El análisis persigue un fin: la comprensión del mundo tal y como el propio participante lo construye (Ruiz-Olabuénaga, en Ito y Vargas, 2005).*

Para la comprensión del caso es importante conocer algunos eventos críticos en la vida del paciente:

#### **ANAMNESIS:**

- 3-4 años, el paciente se separa de su madre, ella se va a E.U.A. a trabajar.
- 5-6 años, regresa la madre del paciente.
- 15 años, el paciente entra al seminario en donde permanece 3 años.
- 18 años, ingresa a la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM en donde estudia Administración), deserta el mismo año.
- 19 años, ingresa a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM, estudia Ciencias de la Comunicación), deserta.
- 20 años, ingresa al Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE, estudia derecho) en donde permanece durante 5 meses y deserta.
- 20 años, la psicóloga del CIDE lo envía al Instituto Nacional de Psiquiatría, en donde es diagnosticado con Depresión.

## HISTORIA CLÍNICA

El paciente forma parte de una familia de 4 miembros. Su padre tiene 60 años y es personal administrativo en una dependencia gubernamental, su madre tiene 48 años y es laboratorista en un bachillerato. Son dos hermanos de los cuales él es el menor, su única hermana tiene 24 años y es educadora de jardín de niños. Refiere que cuando tenía 3 o 4 años aproximadamente su madre decidió ir a E.U.A. a trabajar y reunir el dinero suficiente para poder montar su consultorio odontológico, durante su ausencia su abuela materna y una tía se hicieron responsables de él y su hermana, durante ese tiempo el paciente construyó un vínculo afectivo muy fuerte con su abuela y tía, tanto que desde entonces es el consentido de su abuela y su tía lo trata como hijo. Cuando su mamá regresó de E.U.A. a él le costó trabajo estar con ella. Su padre permaneció en México pero no se hizo cargo del paciente y de su hermana, sí los veía pero muy poco tiempo, ya que el señor prefirió estar con su mamá y sus hermanos (abuela y tíos paternos), Jesús refiere que su padre tiene una fuerte dependencia hacia su familia y que a ellos (su madre, hermana y él) los ve poco. De hecho durante sus primeros 15 años de vida del paciente vivieron en casa de la abuela paterna, con quien el paciente no sostuvo una buena relación, ya que le molestaba que ella se dedicaba a atacar y hacer comentarios ofensivos hacia su madre, por la misma situación está enojado con su padre, porque no hacía nada para defender a su madre de los ataques de su abuela. Hace aproximadamente 6 años se fueron a vivir a su propia casa, que se encuentra ubicada al lado de la casa de su abuela paterna y tiene una puerta que comunica ambas casas, el paciente dice que su

padre “continúa con el cordón umbilical hacia su familia” sic. paciente. Esta casa la construyó su madre con sus ahorros, su padre no cooperó.

El paciente refiere que no sostiene buena relación con ninguno de los miembros de su familia, por una parte la relación con su madre es de obediencia hacia ella, es a ella a quien le gusta decidir lo que él hace, y a él le cuesta mucho trabajo decidir qué quiere. A su madre la describe como una persona “dejada”, dejada porque se deja maltratar por su marido y la percibe como una persona que no puede hablar, se comunica solo con gritos. Ella estudió odontología. Dentro de su familia fue la única que estudió una carrera universitaria, a decir de la abuela materna, sacrificó muchas cosas para que su hija mayor estudiara. Una vez que la madre del paciente regresó de E.U.A. puso su consultorio pero no le fue bien y decidió quitarlo, ingresó a trabajar al IMSS, en donde le iba muy bien, pero como los veía muy poco tiempo a él y a su hermana, decidió abandonar el trabajo, posteriormente ingresó a trabajar como laboratorista en un bachillerato.

Por otra parte, la relación con su papá tampoco es buena, el paciente describe a su padre como “el mártir del mundo” sic. porque “es de rancho” sic., percibe que su padre se victimiza por todo. Refiere que nunca funge como una figura paterna. Lo percibe como una persona egoísta que solo ve por él y por su familia paterna, pero por ellos (mamá, hermana y él) nunca ha visto. Al paciente le molesta que su padre se esfuerce muy poco por alcanzar lo que quiere.

La relación con su hermana es distante, el paciente comenta que con ella está muy distanciado debido a la relación que ella mantiene con una pareja 10 años mayor que ella y que la maltrata. También le molesta que su hermana le grite y maltrate a su madre, el paciente se empeña en defender a su madre ante los ataques de su hermana.

El paciente se autodescribe como una persona “muy sensible, como esponjita”, y que le afecta el sufrimiento de la gente, le importa mucho la opinión de los demás. Como estudiante ha sido destacado, siempre trata de que sus participaciones sean destacadas porque le molesta ser alguien común, se considera un líder. Ha tenido dos novias. A los 15 años ingresa al Seminario, pero considera que su estancia en éste le afectó mucho, porque se sentía mal estando allí.

Jesús solicitó el servicio de psicología porque ***“Quiero tener un apoyo para estar mejor. Han sucedido cosas que no he querido, por ejemplo, cambiar de carrera tres veces”***.

A continuación se describirán las **sesiones de tratamiento** con el paciente:

### **Primera sesión.**

El paciente inicia la sesión comentando que quiere tener un apoyo para estar mejor, porque han sucedido cosas que no le gustan, como por ejemplo, cambiar de carrera tres veces, “he estudiado administración, ciencias de la comunicación y derecho, quiero regresar a estudiar derecho”. Refiere haber “explotado” en

octubre a consecuencia de la mala relación con su familia, “no sé si son ellos o somos todos” comenta que quisiera tener otra familia porque en la suya siempre están peleando. También dice haber perdido a todos sus amigos en las últimas fechas. Posteriormente expresa que él trata de tener buena relación con sus padres, cumpliendo como hijo y poniendo mucho de su parte. Con su hermana señala no llevarse bien, porque ella antepone la relación con sus amigos a la de la familia y porque además tiene una relación amorosa desde hace 8 años, en donde es maltratada por su pareja, y ella descarga su enojo y frustración en contra de su mamá, es entonces cuando él defiende a su madre de las agresiones de su hermana.

Narra que por parte de sus padres siempre hay reproches “mi papá se siente el mártir del mundo, porque es de rancho, mi mamá es muy dejada, no puede hablar, es puro gritar, ellos son muy duros, yo soy el esponjita, el sensible, trato de hacerle un cariño a mi mamá y me rechaza”. Eso no le gusta.

Relata que de pequeño al igual que a su hermana los cuidaba su abuela materna, porque su mamá se fue a trabajar a E.U.A. Durante ese tiempo su papá no estuvo muy cercano a él y a su hermana. Habla de la lejanía con la familia paterna y la cercanía con la familia materna, diciendo que incluso él es el consentido de su abuela materna, ella dice que él es su hijo.

Refiere que la familia paterna se encargaba de hablar mal de su mamá y, su papá no lo impedía. Comenta que cuando él tenía 16 años dejaron de vivir en casa de

la abuela paterna, la casa en la que viven actualmente se encuentra justo a un costado de la de su abuela paterna, el paciente comenta que “su papá se llevó el cordón umbilical”, haciendo referencia a la relación tan estrecha con su familia de origen.

Relata que algo que le ha hecho mucho daño es haber ingresado al seminario, siendo muy joven, tenía 15 años y no estaba muy convencido de querer ingresar, dice haberlo hecho porque la familia quería que lo hiciera. Describe que a partir de su ingreso al seminario se siente voluble, celoso, inseguro, obsesivo y sensible. También comenta que su primera novia la tuvo a los 18 años, la relación duró 7 meses, ella lo terminó, posteriormente, tuvo otra relación que duró 10 meses, refiere que se acabó porque él era voluble.

Durante su estancia en el CIDE, se sintió muy solo, porque no se identificaba con sus compañeros, “iba puro hijo de diputado”, prefería aislarse y se encerraba en algún cubículo. En el CIDE, solo estuvo 5 meses y después se salió. La psicóloga de la escuela lo mando con el psiquiatra, porque se sentía muy triste.

### **Segunda sesión.**

El paciente inicia la sesión diciendo que no se siente cómodo con su vida, que fue un grave error dejar de estudiar. Sin embargo, estando en el CIDE, no se sentía cómodo con él mismo, además el ambiente no le gustaba, porque tenía que convivir con los hijos de diputados y con gente de estrato socioeconómico alto. Refiere que su madre lo presiona y chantajea porque ella quiere que vaya al CIDE,

ya que eso le daría otro estatus. Se le señaló que entonces cedió a la demanda de su madre cuando entró al CIDE, y que habría que pensar qué es lo que él realmente quiere. A lo que el paciente responde que vive del qué dirán y que le cuesta trabajo tomar sus propias decisiones.

...Comenta que su primera novia, era su gran amiga y después se hicieron novios, sin embargo, el ambiente en el que ella se desenvolvía lo describe como maleado, *“era fiestera, estaba menos controlada por sus papás”*. En el caso de su segunda novia E. Cuando la conoció le caía mal porque era tan destacada como él. Explica que en el primer semestre fue un alumno destacado y eso generó mucha envidia. *“soy el típico que me gusta destacar, ella me estaba haciendo la competencia y me caía mal, desde la secundaria me escogían para participar en la escolta, siempre he sido líder y me siento diferente. Fui el único que sacó MB en la UAM, no participo a lo tonto, trato de ser diferente para destacar”*. Se le cuestiona ¿destacar para quién? *“para los demás, me choca ser alguien común, quiero ser el centro de atención, si siento que no me ven me siento mal”* ¿Quién no te vio? *“...mi mamá y mi familia”*. Comentó que después de tanto tiempo de querer ser visto por su mamá a lo mejor no lo consiga. Añade que su perdición en la vida son las mujeres y que su mamá quiere que sea alguien que no es. Se le pregunta si él quiere que su mamá sea alguien que no es? A lo que responde que sí. Se da por terminada la sesión.

### **Tercera Sesión.**

“Soy un necio, no puedo entender lo que pasa con mi familia, falta no dejarme...siempre hacen que me sienta mal... quisiera hacerme más responsable de mi, ya no ver primero por los demás, fijarme más en mi”.

Refiere que se fija más en los otros que en él mismo, porque es muy sensible y porque le enseñaron a ayudar a los que menos tienen, además de que le provoca bienestar. Sin embargo, siente que le hace falta algo. Refiere sentir que hizo “la acción del día” cuando hace algo por alguien y su mamá le dice que eso no le toca a él. Comenta que siempre ha sido así. Retomo la sesión anterior, en donde comentó que no se siente visto por su mamá y se le pide ser alguien diferente, el paciente refiere que con su mamá aprendió a huir de las situaciones y ese es un vicio que actualmente tiene. Le pregunto en ese momento si eso tiene que ver con que ella sea dejada y él también es dejado. El paciente continúa su relato comentando que hace un tiempo se fue de casa de sus papás, porque estaban peleando. Su papá no dijo nada. El paciente refiere haberse sentido bien en esos días que estuvo fuera de casa de sus papás “me sentía en paz, fuera de la mala vibra de la casa”. Durante el tiempo que estuvo fuera vivió en casa de una amiga de la familia, mayor que él, que lo escucha, relata que su mamá le enviaba mensajes por celular, diciéndole “espero que donde estés te ganes el alimento y la estancia” él completa el mensaje de su mamá diciendo “que en casa no me lo gané” sic.pac.

#### **Cuarta sesión.**

El paciente inicia la sesión diciendo que no está bien, porque el viernes pasado terminó con su novia, debido a que ella es “muy seca” con él, pero con su familia y amigos es diferente. En general habla de cómo fue la relación que duró 9 meses, refiere sentir que durante ese tiempo no se conocieron y a él le parecía que ella sólo pensaba en ella misma, mientras él, pensaba en ambos. Refiere que quizá ella le dio la familia que él quería tener, esto lo dice porque sentía que la mamá de su novia era una mamá para él, de hecho la nombraba “mi otra mamá”. Comenta que en esa relación “dio todo”, y que esto lo suele hacer para obtener reconocimiento, dice que ha tratado de cambiar eso, pero le cuesta mucho trabajo. Refiere que su mamá no quiere que él estudie en la UNAM, ella prefiere que estudie en el CIDE, porque esto “me da estatus, pero no voy a entrar al CIDE para darle gusto”. Relató cómo fue la historia de su mamá, y de cómo ella dejó su profesión para ir a trabajar a E.U.A., cuando regresó trabajó muy poco tiempo como dentista y después se dedicó a otra cosa, comenta que su mamá quiere que él haga cosas que ella no pudo hacer, por ejemplo, estudiar y trabajar dentro del área que estudió. También comenta que su abuela materna “le guarda mucho coraje a mi mamá porque sacrificó muchas cosas para mantenerle su carrera” sic pac.

Habló de la relación que sostiene con su familia materna y comenta que se lleva bien con todos, con su bisabuela bromea, con su tía la menor se lleva muy bien, ella lo cuidaba cuando su mamá estuvo fuera, también con una de sus primas se lleva muy bien, en general describe que la relación con ellas es cordial, le

pregunto acerca de su relación con los hombres de su familia, responde que probablemente como no tuvo muy presente la figura de su padre, no se puede relacionar fácilmente con los hombres, a diferencia de lo que le ocurre con las mujeres, siempre es más fácil relacionarse con las mujeres. Le señalo que le tocó una terapeuta mujer, y le pido que exprese qué piensa de ello, contesta “bien, como platicando con alguien que conozco desde hace mucho tiempo, me siento bien porque me escucha”.

Posteriormente retomó la relación que sostiene con sus papá a quien dice querer como persona, pero no como papá, porque considera que ha sido muy egoísta con ellos y reconoce que siente mucho enojo hacia él. Se le pregunta si el enojo es porque no fungió como un padre? Responde que si y que le da mucha pena que no vea ni por él. Se le pregunta si él si ve por él mismo? Dijo que a veces sí, y a veces no y agregó “a lo mejor siento coraje conmigo porque no veo por mi...” se sorprendió como descubriendo algo y, agregó “somos iguales! No, no, yo no soy egoísta” y se pregunta ¿por qué cedo tanto?. Después de un silencio añade que su mamá también tomó antidepresivos. Se termina la sesión.

### **Comentarios:**

En esta primera fase del tratamiento, se recabó la historia del paciente y se instaló la alianza terapéutica, también se hizo el encuadre del tratamiento, el cual consistió en dar información acerca de la duración de la sesión, de la importancia de estar a la hora acordada, de cubrir el costo de la sesión determinada por el Centro de Servicios Psicológicos, así como también, la importancia de que hablara

de lo que él quisiera hablar. El paciente no hablaba de su demanda principal, pero rodeaba la problemática.

### **Quinta sesión.**

Inicia la sesión diciendo que todo va bien, que ya no hay quejas y que todo lo ha tomado a la ligera, tratando de sobrellevar la relación con su hermana y con su mamá. Comenta que ha pensado bien las cosas y que ya no quiere estudiar en la UNAM como deseaba antes, ahora lo ha pensado bien y quiere tener dinero y ganárselo. Piensa que la disciplina del CIDE le vendrá bien y le enfatiza a su mamá que no es por ella que quiere quedarse en el CIDE. Posteriormente dice que no es cierto, que su primera opción sigue siendo la UNAM, que solo está tratando de disfrazar lo que realmente quiere, y que además esto lo hace frecuentemente, refiere que huye de su realidad diciendo por ejemplo que está bien cuando en realidad está desecho, comenta que hace esto porque no le gusta mostrar su debilidad por temor a que alguien se aproveche, se le pregunta si le ha pasado eso, responde que sí, que le ha sucedido con los “protagonistas de mi vida” sic, se le cuestiona entonces qué lugar ocupa él en su historia y responde que el de “antagonista” y agrega “está cañón esto, todo lo que sale y va saliendo” sic. Se le cuestiona porque es el antagonista, responde que porque está mal, “simplemente porque estoy mal, yo me pregunto qué he vivido si escasas decisiones son mías, vivo del qué dirán, entonces qué he hecho, no he hecho nada de mi vida” sic. Le pregunto qué va a hacer con eso que dijo? Responde que no sabe, una muestra es lo que va a pasar el sábado (tenía que presentar un examen de ingreso, pero no sabía si ir o no), “sigo en lo mismo”. ¿y por qué no

habrías de seguir en lo mismo? “para sentirme bien” sic. ¿Qué es lo que quieres?  
“Decidir por mí, que me valga lo que me digan los demás, que ya no tenga que ceder tanto, quitarme los disfraces” sic.

“Esa parte de lo que digan los demás me la estoy quitando. El sábado me puse a gritar en el estadio de football, fui solo. Antes no lo hubiera podido hacer. El sábado es el día que más pandroso me vestí. Bailé. Eso ya lo estoy haciendo pero lo de mis decisiones no” sic.

Comenta que su ex novia lo buscó para que regresaran y él dijo que no, pero aceptó que lleven una relación de amigos y le ha agradado la experiencia.

### **Sexta sesión.**

El paciente inicia la sesión diciendo: *“Recaí... No me siento seguro, no sé cómo hacerle, el miércoles sobre todo, me entró mucha culpa por dejar los estudios”*  
¿Por qué? *“por tomar una mala decisión en la carrera”* ¿Qué sientes? *“Mucho rencor contra mí, hubo un momento en que odie a mi mamá porque no me ha hecho una persona fuerte y decidida... me reclamo mucho a mí mismo”.*

*...Le reclamé a mi mamá porque ella siempre suponía que yo estaba bien, cuando en realidad me veía mal”.*

*...”He estado buscando trabajo, para hacer algo mientras entro a la escuela, pero creo que me hace falta humildad, porque quería encontrar un trabajo super bien*

*pagado, cuando no tengo la preparación todavía para tener uno de esos trabajos...creo que soy yo el que está mal*". Refiere que entró a trabajar a una pizzería, pero que existen problemas con los horarios, sobre todo, porque él hace más actividades de las que le corresponden, para que los demás lo acepten, se da cuenta que no está bien, pero es algo que no puede dejar de hacer. Comenta que quiere entrar a estudiar, lo más rápido posible, porque ya quiere estar en otra dinámica, se arrepiente mucho de no estar estudiando en estos momentos. En ese momento dice: *"quisiera saber cómo hacerle para ya no estar así, los psicólogos dan soluciones no?"* se le responde y tú cuál crees que es la solución? *"Tengo coraje por no saber decidir" sic pac.*

Refiere que ha estado pensando sobre su ingreso al CIDE, y aunque le gustaría mucho estudiar en la UNAM, ha decidido finalmente entrar al CIDE, porque esto le dará más oportunidades. A diferencia de la vez pasada en que ingresó al CIDE, en esta ocasión él se hizo cargo de investigar los trámites para su reingreso, él reconoce ese acto como una muestra de madurez y de responsabilidad que la ocasión pasada no asumió, quien había realizado los trámites fue su mamá. Comenta que su reingreso al CIDE, está asegurado. Agrega que ya no quiere ser tan dependiente de su mamá, tampoco quiere sentirse triste y afectado por las cosas que le suceden así como también dejar de ser inseguro.

Comenta que cuando se encuentra con algún obstáculo, se le cae todo y esto le ocurre frecuentemente. "He llegado a la conclusión de que no me quiero, todo es mi culpa, todo me lo tomo muy a pecho... si yo no me quiero no me pueden querer

los demás, si yo no me acepto no puedo aceptar a los demás, cuando algo no me gusta pongo cara bonita pero en el fondo digo qué tonto...” Refiere que esto le empezó a pasar cuando salió de la preparatoria se volvió muy celoso, sensible y voluble.

### **Séptima sesión.**

Refiere que presentó el examen de admisión. Comenta que se sigue sintiendo mal porque no está estudiando. Seguirá evaluando si estudia en la UNAM o en el CIDE. Tiene miedo de que nuevamente salga a flote su inseguridad. Comenta que ya no se toma en serio lo que pasa con sus papás, cuando están bien, se la pasa bien con ellos, cuando están mal a él ya no le importa tanto. Describe que el sábado se sintió tranquilo y relajado. Quisiera saber cómo aceptar a la gente, dejar de ser tan celoso, cómo hacer para valorarse más y dejar de ser enojón, aunque siente que ha dejado de sentirse afectado por las cosas que le pasan a otras personas.

Comenta que desde que entró a trabajar se siente útil, antes sólo estaba en la casa, daba la vuelta y de vez en cuando leía. El día que presentó su examen en la UNAM, su mamá le dejó un recado en donde le decía que esperaba que en donde se quedara fuera feliz, él lo interpretó como un recado “mal plan” sic, insincero, porque ella en realidad desea que se quede en el CIDE. Comenta que esto también pasa con sus novias, ella no quiere que él elija, a las novias les encuentra muchos defectos, siempre quiere elegir ella, “me quiere tener ahí”, agrega que se siente mal porque entonces “quien me apoya” sic.

Refiere que su mamá no lo conoce, que solo le pone atención cuando quiere ser atendida, pero no acude cuando él necesita la atención. Él percibe que para su mamá su bien radica en tener dinero y vivir bien, pero para él su bien está en sentirse bien con lo que hace. Dice que su papá es el malo de la familia porque le contesta muy mal a su mamá, se le pregunta por qué será tan malo y contesta que a lo mejor es por su familia o porque le tocó una mujer muy ambiciosa y él no sale de “ser un rancharo”, para él su papá es “un rancharo, mediocre”, se lamenta que no haga nada por él mismo. El paciente solicita a la terapeuta que lo ayude que le diga con precisión qué cosas hacer y en qué había avanzado.

#### **Octava sesión.**

En esta sesión el paciente relata cómo ha sido la relación que ha establecido dentro del trabajo, relata que siempre se queda hasta el final, siempre quiere cubrir el trabajo de los demás y se queja del trato que le dan. Refiere que el objetivo de trabajar es el de cansarse mucho para ingresar a la universidad con muchas ganas de estudiar. Comenta que ahora que trabaja no ha visto a sus padres y se ha sentido bien. Durante esta sesión el paciente habló de un antes y un después de la terapia, comenta que antes se enojaba mucho más con su mamá y ahora lo hace en menor medida, lo mismo ha sucedido con su ex novia, ya no se siente manipulado por ella. Sin embargo, reconoce que siguen existiendo cosas que quiere cambiar como por ejemplo: dejar de ser voluble, celoso y sentirse más querido por él mismo.

Posteriormente habla de cómo fue su curso por la primaria y secundaria, comenta que se sentía bien durante ese periodo, tenía amigos, jugaba, participaba con sus compañeros, tuvo su primer novia, hacía travesuras pero a partir de que ingresa al bachillerato todo empieza a cambiar y es a partir de este momento que identifica la aparición de síntomas que antes no existían.

### **Novena Sesión.**

Inicia la sesión diciendo que siempre les ha reclamado a sus padres porque nunca lo han apoyado. Comenta que su papá no ha sido ningún protagonista dentro de su propia historia porque siempre accede a todo, sobre todo, con su mamá dice que siempre deja que ella decida, comenta que no ha sido crítico, que hasta en las cosas más pequeñas accede. Se le pregunta al paciente qué siente con la actitud de su padre, contesta sentirse poco importante para él, su padre siempre tiene la percepción de que ha dado mucho y no ha dado nada, a su mamá le dice que gracias a él se casó y tiene a sus hijos, a lo que el paciente responde “gracias a mi mamá tu saliste y no te quedaste con tu mamá” sic pac. Comenta que su papá se va a morir “con la teta en la boca” sic pac., haciendo referencia a la dependencia tan fuerte que tiene hacia su abuela paterna, con la que tiene una relación muy estrecha desde siempre. Describe a su padre como una persona muy perezosa que se pasa el fin de semana recostado en su cama, porque siempre está fatigado. A su madre en cambio la define como una mujer de carácter fuerte y “machista”, porque permite que su papá no exista como padre. El paciente reconoce hacer cosas parecidas a las que hace su papá, pero que ha intentado ser diferente por ejemplo: “salir a comer con mi mamá” sic pac. Dice querer tomar

el papel de conciliador dentro de su familia. Agrega que pelea con la figura de ellos dentro de él, se le señala: tú dentro de ti? Contesta que no, son ellos dentro de él, pero no es él. Para el paciente atacarlos impide que haga lo mismo que ellos hacen.

### **Comentarios:**

En esta segunda fase del tratamiento, el paciente empieza a abordar su problemática y a tratar de enfrentarla, realiza la elaboración de lo que se ha trabajado en las sesiones, en las cuales se le ha cuestionado su posición frente a los demás, también se hicieron señalamientos e interpretaciones que le han permitido cuestionarse acerca de su toma de decisiones, su independencia económica y emocional con respecto a su familia y a las demás personas significativas en su vida. Inició una serie de cambios y toma de decisiones que lo acercan a la adultez, como por ejemplo, empezar a trabajar, analizar de manera cuidadosa las opciones académicas que tiene y cuestionarse él mismo acerca del lugar que ocupa en su familia y con las demás personas. En cuanto a la transferencia, en esta etapa del tratamiento se manifiesta a través de las demandas del paciente para que se le solucionara los conflictos colocándose en una posición infantil frente a la terapeuta, además de que era una persona que en todo momento intentaba llamar la atención como de acuerdo a lo que decía hacía con su mamá.

## **Décima sesión.**

Comenta que ya no hay tantos problemas como antes, que se siente mejor, ya no siente las cosas como antes “mal plan” sic. pac. Esto lo atribuye al hecho de ya no ver constantemente a sus padres, porque trabaja la mayor parte del día y esto impide que los vea, comenta que ha llegado a la conclusión de que sus padres no van a cambiar, así que él tendrá que asumir que así son. También dice que la elección de escuela se ha estado definiendo cada vez más, le conviene más el CIDE de acuerdo a la valoración que ha hecho. Comenta que todo lo que traía como problema lo ha dicho y esto le ha servido. Refiere que su hermana ahora es quien se queja de su padre. También comenta que en el trabajo ya no ha cedido tanto, que trata de hacer únicamente la parte que le corresponde, piensa que todavía le falta “un poco de decisión”. Ya no se siente tan “apachurrado” sic pac. Comenta que en el trabajo le han dejado más responsabilidades a él, porque es “el más eficiente de todos”, solo que esto tiene costos muy altos para él, porque tiene que trabajar más que todos los demás y termina muy cansado. Agrega que en un incidente dentro del trabajo él se responsabilizó por cosas que no había hecho, con el objetivo de salvar a dos personas a quienes él percibe frágiles.

En esta sesión relató la historia de su madre, haciendo énfasis en que ha tenido una vida complicada, ella no vivió con su padre, vivió con su padrastro y a decir de su madre él no la quería. Posteriormente se remitió a la historia de su abuela materna quien a su vez no fue querida por su bisabuela. Se le señala la distancia afectiva que hay en su familia con respecto a alguno de los padres, responde que sí, pero que él ha sido el consentido de su abuela y bisabuela. Después de

reflexionar agrega que a lo mejor su mamá no ha sido la culpable de todo, reconoce sus esfuerzos, concluye que no han sabido demostrar el afecto. Comenta que su abuela, su mamá y él son “unos panquesitos, bien pachonsitos, blanditos”. En ese momento se le pregunta al paciente si es igual que su mamá? Responde que sí muy parecidos, ¿son lo mismo? Responde que no. Se cierra la sesión diciendo, entonces no son iguales.

### **Onceava sesión.**

Comenta que actualmente es el encargado del lugar en donde trabaja y esto le hace sentir muy bien, con un cierto reconocimiento a lo que hace. Reafirma que quiere seguir estudiando. Habló de su dificultad para dejar de ser susceptible a los comentarios de las demás personas. Refiere haber visto a su ex novia y estar cansado de la dinámica que hay entre ellos.

Comenta que se ha sentido mucho mejor en su relación con los demás desde que está trabajando, aunque manifiesta que se siente mal con él mismo, con su estado de ánimo y su forma de reaccionar.

Dice que su mamá no se da cuenta de lo que hace ella en su relación con los demás. Piensa que su mamá está frustrada y por eso se desquita con sus hijos (él y su hermana), agrega que desde hace 2 años su mamá tiene un tratamiento para la depresión.

Comenta que empezó a repartir pizzas, y esa es una función que no le corresponde dentro de su trabajo, lo hizo por ayudar a los demás. Sin embargo, el fin de semana le llamaron para que pintara el lugar de trabajo y no aceptó hacerlo.

### **Doceava sesión.**

Inicia la sesión diciendo que no sabe cómo dejar de ser “buena onda”, que le cuesta mucho trabajo. Agrega que estuvo a punto de chocar con la moto, se puso a entrenar en un estacionamiento para que eso no sucediera. Se le cuestionó acerca de la seguridad que hay dentro de su trabajo y de las funciones que toma sin que le correspondan. Responde que es cierto, que no hay ninguna seguridad dentro de su trabajo, que las motos son muy viejas y no hay seguro contra accidentes. Llega a la conclusión de que les va a decir que no, que no va a continuar repartiendo pizzas, porque se siente en riesgo. Comenta que lo que menos hay en su trabajo es organización, detecta que hay demasiados vicios en el trabajo que le gustaría corregir.

### **Treceava sesión.**

Inicia la sesión diciendo que ya habló con su ex novia y que las cosas van mejor, también con su hermana ha mejorado mucho la relación y con sus papás se siente más tranquilo, por otra parte, piensa iniciar el trámite para su reingreso al CIDE. Se le pregunta si ya está bien en todo? Responde que no, que con los demás se siente bien pero con él mismo no está bien, todavía se ha descubierto exigente, egocéntrico, descalificador. Comenta que se percató de estas características en él, por una compañera en el trabajo en quién él se ve reflejado, dice que él “era el

niño del pero, y ahora reconozco todas mis debilidades” sic. También ha descubierto todo lo que no quiere ser, por ejemplo, su superior en el trabajo abusa de su poder y él no quiere hacer eso. Comenta que ha aprendido muchas cosas. Refiere que dentro de su trabajo tuvo que volver a manejar la moto porque no hay repartidores, que asume que si existe un riesgo, como en muchas otras cosas pero que en su caso no le queda de otra, además de que toma sus precauciones para no tener accidentes.

Sus papás le comunicaron que no van a pagar su inscripción como le habían dicho antes, ahora él tendrá que hacerse cargo de esos gastos, manifestó su descontento con su mamá pero no obtuvo respuesta. El paciente no quiere que su mamá le pague la colegiatura porque lo va a condicionar, agrega, “fue un gasto generado por mi y lo tengo que pagar”. Dice que su mamá está mal, que siempre ha pensado en apoyarlo para que después él la mantenga, y que en el fondo ella no quiere que él se vaya. Ha decidido pagar la colegiatura con su dinero y no pedirles ayuda, para demostrar que él es responsable y puede con sus gastos. Espera ya no depender de las palabras de su mamá para estar bien o mal, de su apoyo o no, porque al parecer a ella no le importa mucho lo que le ocurra. Añade “Ahora veo más por mí”

### **Comentarios:**

Durante esta tercera fase del tratamiento el paciente tiene logros relativos, como por ejemplo, el estar trabajando, le permite tener cierta independencia de sus padres, y comenta que para él las cosas van mejor con ellos, pero en realidad lo

que está haciendo es una evasión de los padres. En el trabajo vuelve a repetir su papel de rescatador de los demás a costa de incluso ponerse en riesgo. Sin embargo, impresiona que hace un gran esfuerzo por establecer límites a los otros, y con ello ponerse límites él mismo. A pesar de que el tratamiento no pudo continuar, el paciente se llevó elementos que le permitían cuestionar a los demás y cuestionarse así mismo, acerca de qué lugar le daban los demás y qué lugar se daba el mismo.

## **CAPÍTULO IV**

### **DISCUSIÓN DEL CASO CLÍNICO**

El caso que fue objeto de estudio de este trabajo, es el de un postadolescente en términos de la edad y en términos de los procesos psíquicos se encuentra dentro de la adolescencia tardía. Es decir, se encuentra consolidando intereses, su preferencia sexual y la estabilización de aparatos mentales que salvaguarden la identidad del mecanismo psíquico.

De acuerdo a Peter Blos, en la adolescencia prolongada hay ambigüedad en la identidad sexual, como medio para evitar la angustia de castración, y esta ambigüedad se traslapa a otras áreas de la vida, por ejemplo la vida profesional o la educativa, en el caso de Jesús al iniciar el tratamiento terapéutico, había desertado de tres carreras, lo que indica que no está claro en sus decisiones. También esto se observa en la elección de pareja, ha tenido dos novias y ha durado muy poco tiempo con ellas porque algo no le parece que esté bien.

La consolidación de intereses se observó en su elección de carrera, que había sido una decisión difícil de tomar para el paciente, ya que había realizado un recorrido por tres carreras (administración, ciencias de la comunicación y derecho), sin poder decidirse por alguna de ellas. Se observó durante el tratamiento que esta decisión se complicaba porque Jesús no podía desvincular el deseo de su madre y su deseo aunque fueran el mismo, por ello él insistía en no

elegir. Después de cuestionar esta no toma de decisión para no coincidir con su mamá, finalmente eligió carrera y optó por estudiar Derecho en el CIDE.

En cuanto a su preferencia sexual, Jesús nunca remitió dudas acerca de su heterosexualidad. Hasta el momento había referido dos relaciones de noviazgo significativas para él. No obstante, comentó que en estas relaciones se sentía manipulado por ellas, él siempre quería congraciarse como lo hacía con su madre en muchas ocasiones. Esto se le señaló, posteriormente refirió que había terminado con su novia porque ella no le hacía caso en las fiestas, siempre lo relegaba, sin embargo, al poco tiempo volvió a salir con ella, porque ella lo buscó.

Se observó en Jesús un marcado narcisismo, por ejemplo, cuando dice que es “muy sensible como esponjita” y que todo le afecta asumiendo que él tiene la responsabilidad de lo que le suceda a los otros y con ello colocándose en un lugar privilegiado, o cuando se hace cargo de responsabilidades que no le competen en el trabajo queriendo abarcar el trabajo de los demás, porque él podría colocarse en el lugar del mejor, o cuando dice que no le gusta hacer comentarios tontos en las clases y que siempre ha sido líder. Incluso llegó a terminar una relación de pareja porque su novia competía con él y su competencia era considerable, cosa que le molestaba. Dejando ver que no solo quiere ser el mejor sino, quizá el único. A diferencia de una persona solidaria y responsable él siempre hace el análisis de las cosas partiendo de él, no hace un análisis global de las situaciones que le permitan tener una visión completa en donde no idealice a los otros ni a él mismo.

Durante el tratamiento se observó que Jesús iniciaba la estabilización de aparatos mentales que salvaguardan la identidad del mecanismo psíquico. Por ejemplo, al buscar trabajo, al elegir carrera, al cuestionarse sobre su relación con sus padres y con los que lo rodean. Iniciando la toma de decisiones.

En lo referente a la depresión, se observó que probablemente ésta se instaló a muy temprana edad, los primeros datos con que se cuenta, tienen que ver con la separación de su madre a los 3 o 4 años de edad, el paciente dijo no recordar sus sentimientos cuando su madre se fue, pero suponía que estaba triste, lo que si recuerda es que en el preescolar era un niño introvertido y que se sentía triste porque su madre no iba por él a la salida. De acuerdo a la teoría psicoanalítica, el paciente en el momento de la separación se encontraba entre la etapa anal y fálica, sin embargo, de acuerdo a la teoría se puede suponer que antes de que se diera esta separación ya se había fracturado el vínculo con la madre en la etapa oral, lo que dio origen a la sintomatología depresiva. Por la manera en que el paciente describe su vínculo con la madre podemos deducir que no ha sido una madre “sostenedora” de acuerdo a Winnicott, es decir ha impedido por un lado el vínculo y por otro la separación. La madre es quien permite diferenciar al amor y al odio que coexisten, también permite el establecimiento de sus relaciones y el hecho de que su hijo las domine dentro de sí mismo. Es notable cuando él dice “le reclamé a mi mamá porque no me ha hecho una persona fuerte y decidida, me reclamo mucho a mi”, en este momento el paciente está tocando el fondo del conflicto, el rencor - amor hacia la madre que se volvieron contra él, y se transformaron en síntomas depresivos existe rencor hacia la madre por no

ingresar al padre real, el padre que le permitiría ser él, que le daría un lugar en el mundo, que lo habilitaría, esto se puede observar cuando habla con tanto desprecio de su padre y dice que nunca ha podido cortar el cordón umbilical con su familia, y que es incapaz de hacer algo por ellos (mamá, hermana y él). Jesús no ha resuelto el duelo por los padres, en este caso por la madre, es decir, no ha logrado desprenderse progresivamente, para hacerse independiente de ella, por eso existe el enojo hacia ella, porque habita en él y no encuentra la forma de estar con ella y sin ella. Es aquí en donde es notoria la identificación con el objeto perdido de la que habla Freud, para obtener lo deseado por parte de la madre se tiene que identificar con ella, es la única forma que encuentra para tenerla. Sin embargo, se espera que justo con su reconocimiento vengan cambios considerables que le permitan ocupar un lugar más crítico con respecto a él mismo.

Se dice que es durante la adolescencia que se da la reedición del complejo de Edipo, por eso es tan compleja esta etapa, se reaviva el conflicto edípico y dependiendo de cómo haya sido resuelto o no, lo que ocurra con el adolescente. En este caso impresiona no estar resuelto dicho complejo, el paciente quiere en todo momento llamar la atención de la madre, por eso se comporta siempre agradable, inteligente, educado, etc. Porque quiere el amor de la madre y, con el padre se muestra hostil, descalificador, no quiere a su rival, pero lo convoca para que haga un corte entre él y su madre, situación que no ocurre y que genera enojo y hasta rabia en el paciente al verse tan unido a su madre, es en este momento en donde la terapia jugó un papel muy importante al cumplirse la función

paterna desde el tratamiento, haciendo ese corte entre la madre y el hijo, al habilitarlo para su desarrollo independiente.

Por otro lado, es importante señalar que la identificación con el padre es marcada, siempre lo critica por su desempeño dentro de su casa con falta de autoridad. Lo que en realidad le reclama al padre es no cortar el vínculo de su madre con él y habilitarlo para enfrentar la vida. Es por eso que no puede elegir carrera y está dudoso en todo. La figura de la madre es devastadora, no se puede con ella, ni él ni su padre pueden colocarse en un lugar de tomadores de decisiones e independientes de ella, esto genera mucho enojo porque se reconocen incapaces de elegir lo que quieren para ellos.

Durante el tratamiento se trabajó el vínculo del paciente con su madre, en muchos momentos advirtió que se identificaba con ella, sobretodo en su imposibilidad para elegir, cosa que le parecía desagradable. Al inicio del tratamiento el paciente relataba que su mamá era una persona admirable, luchona y trabajadora, conforme el tratamiento avanzó, fue describiendo a una madre que decidía por él, manipuladora y “dejada”, en las últimas sesiones manifestaba mucho enojo hacia ella, durante el proceso no logró integrar totalmente a su madre. No obstante, se percató de la importancia de diferenciarse de ella para poder ser él.

En cuanto a la sintomatología depresiva que expresó inicialmente, persistía la tristeza y la culpa, el resto estaba en remisión. Debido al reducido número de sesiones no se pudo ahondar más allá en el vínculo con su madre, padre y

personas significativas. A pesar de ello, el paciente mostró tener recursos para modificar su situación de vida, a través de la elección de lo que realmente quiere y no de lo que quieren los demás.

El tratamiento terapéutico tuvo la función de habilitador para la vida, esto se logró cuando el paciente empieza a trabajar y elige carrera. Él estaba pidiendo que “alguien le ayudara a estar mejor” esa fue su demanda inicial, y efectivamente eso es lo que le ha faltado en su historia, que alguien le habilite para hacer frente a lo que haya que hacer frente. Al padre es a quien corresponde llevar a cabo esta función de habilitador, pero en su caso su padre no ha podido hacerlo debido a la figura imponente de la madre. Aunque a nivel consciente Jesús no tenía claridad de lo que ocurría con su padre y su madre a nivel inconsciente sí y por eso es que hacía un reclamo constante a su madre y una descalificación igual a su padre. Les reclamaba que ocuparan sus lugares de padre y madre. Al parecer durante la terapia fue dándose cuenta de algunas cosas que ocurrían sobre todo con su madre, por ejemplo: su excesiva demanda hacia él, no permitirle tomar decisiones como a un bebé, descalificar sus logros para que se mantenga con ella, etc. Este darse cuenta le permite elegir un otro lugar en dónde estar, sin que su madre tenga que ver en sus decisiones.

## CONCLUSIONES

El caso aquí presentado ilustra por un lado a un adolescente prolongado típico de la sociedad actual, es decir, un estudiante que a pesar de su edad, por encontrarse escolarizado es aceptado que no tenga responsabilidades de adulto y que todavía se encuentre definiendo situaciones importantes como la elección de carrera por ejemplo, la elección de pareja, su inserción en la vida laboral es tomada como temporal, etc. En la sociedad actual esto es muy común la adolescencia se prolonga debido a que la moratoria social cada vez es mayor para alcanzar la adultez, y ahora es bien visto que los jóvenes permanezcan en casa de sus padres durante periodos prolongados de la vida, llegando incluso a vivir con ellos por más de 30 años, dicha moratoria está fundamentada en la prolongación de los estudios y en pocas oportunidades laborales que permitan a los jóvenes solventar sus gastos fuera de casa de sus padres.

La depresión fue revisada de acuerdo a la teoría psicoanalítica y cumple con la descripción que de ella hace Freud y otros teóricos, es decir, esta se instaló en una etapa primaria del desarrollo y ha tenido repercusiones durante el desarrollo posterior del paciente. De acuerdo a lo revisado en las sesiones terapéuticas, la depresión se instaló cuando la madre del paciente se va a trabajar a E.U.A. siendo él muy pequeño, encontrándose en pleno desarrollo y estabilizando vínculos afectivos. Su partida dejó en abandono al paciente porque su mamá se fue pero tampoco contaba con la figura paterna, la única persona que permaneció con él

fue su abuela materna, con quien generó un vínculo fuerte, pero insuficiente para habilitarlo en la vida.

Los logros de la terapia fueron en primer lugar el impulsar la toma de decisiones en Jesús, por ejemplo: se cuestionó constantemente acerca de su elección de carrera, y finalmente decidió quedarse en la que le ofrecía mejores condiciones de acuerdo a él para su vida futura. En este punto mi función como terapeuta fue la de habilitarlo para la vida, tuve que cumplir la función del padre otorgándole la posibilidad de elegir y brindarle las herramientas para que se desenvuelva escolar y laboralmente. Cuando él decide entrar al CIDE a pesar de no ser hijo de un “diputado”, lo hace porque se siente habilitado, capaz de responder a la demanda de la escuela, ya no necesita un mentor, él solo puede hacer las cosas sin intimidarse ante sus demás compañeros. Como ya lo dije, esta es la función del padre, pero su padre estaba anulado como tal por su madre, por lo tanto, él no podía ejercer dicha función. En cuanto a la toma de responsabilidades también se logró que entrara a trabajar en una pizzería, lo cual lo colocaba en un lugar diferente frente a su familia, en particular frente a sus padres, quienes constantemente le dan trato de niño. Se coloca en el lugar del que puede, del que es capaz aunque le cueste trabajo, en un lugar más de adulto que de niño. Tener este trabajo le permite asimismo costear algunos gastos que lo independizan económicamente de sus padres, sobre todo de su madre, quien a pesar de quejarse de su escasa toma de decisiones las fomentaba, ya que esto le permitía mantener a su hijo a su lado y hacerse indispensable para él.

Otro logro de la terapia fue el cuestionamiento a su narcisismo, llegando a la conclusión de que este narcisismo surge como respuesta ante la anulación que sentía frente a ambos padres, principalmente frente a su madre, al analizar esto Jesús reconoció la ausencia afectiva de su madre y la falta de autoridad (ley) por parte de su padre, a quien la madre nunca le dio ese lugar, y él tampoco lo pudo tomar porque frente a su propia madre estaba colocado en el lugar de niño, esto lo enuncia claramente el paciente cuando dice que su padre “nunca cortó el cordón umbilical con su familia”. Lo que no lograba ver el paciente es que él también estaba en la misma situación que su padre, “no había cortado el cordón umbilical” con su madre. Sin embargo, durante el trabajo terapéutico se trabajó para que él pudiera hacer este corte, si bien, durante el tratamiento no se terminó dicho corte, si se pudo dejar iniciado este proceso.

Durante el proceso terapéutico fue de suma importancia que la transferencia se instalará desde el inicio para que el tratamiento surtiera efecto. Se observó que el paciente era puntual a sus sesiones en el centro de servicios psicológicos de la UNAM, no faltó a ninguna de ellas y se mostraba cooperador con el tratamiento. Es importante señalar que el paciente dejó de acudir a sus sesiones sin previo aviso, y aunque hice esfuerzos para comunicarme con él no lo conseguí, es presumible que haya abandonado el tratamiento como una manifestación de la resistencia al cambio, el cual ya estaba empezando a surtir efecto en su vida cotidiana.

A pesar de que durante las sesiones terapéuticas se obtuvieron avances considerables, sería importante que el paciente continúe en tratamiento con el objetivo de culminar su proceso terapéutico, y de completarlo. Es necesario que afiance sus habilidades y que termine de integrar a sus padres de manera simbólica.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aberastury, A. (1978). *Adolescencia*. Buenos Aires: Ediciones Kargieman.
- Aberastury, A. y Knobel, M. (1990). *La adolescencia normal*. Argentina: Paidós.
- Berk, Laura E. (1999). *Desarrollo del niño y del adolescente*. Madrid: Prentice may.
- Blos, P. (1980). *Los comienzos de la adolescencia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Blos, P. (1981). *Psicoanálisis de la adolescencia*. México: Joaquín Mortiz.
- Blos, P. (2003). *La transición adolescente*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bordieu P. (2003). *Cuestiones de Sociología*. España: Istmo.
- CONAPO (2000). *Situación actual de las y los jóvenes en México*. Diagnóstico sociodemográfico. (En red) <http://www.conapo.gob.mx>
- Coleman, J. (1989). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: ediciones Morata.
- DSM-IV-TR (2005). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*.  
Barcelona: Masson.

Doltó, F. (1990). *La causa de los adolescentes*. Barcelona: Seix Barral.

Erickson, E. (1972). *Sociedad y adolescencia*. México: Siglo XXI.

Fize, M. (2004). *¿Adolescencia en crisis? Por el derecho al reconocimiento social*.  
México: Siglo XXI editores.

Freud, S. (1996). *Obras completas*. España: Biblioteca nueva.

(1905). *Tres ensayos para una teoría sexual*. 1963, vol. II, pag. 1169-1237.

(1915). *Duelo y melancolía*. 1963, vol. III, pag. 2091-2100.

Guarner, E. (1978). *Psicopatología clínica y tratamiento analítico*. México: Porrúa.

Ito Sugiyama E. y Vargas N. (2005). *Investigación cualitativa para psicólogos. De la idea al reporte*. México: Porrúa.

Kimmel, D. y Wierner, I. (1998). *La adolescencia una transición del desarrollo*.  
Barcelona: Ariel.

Mannoni, Octave (1989). *Un intenso y permanente asombro*. Buenos Aires:  
Gedisa.

Marcia, James (1966,1980, y 1993). *La teoría de los "status" de la identidad del Yo*.

Lebovici S. y Soulé M. (1973). *El conocimiento del niño a través del psicoanálisis*.  
México: Fondo de cultura económica.

Winnicott, D. (1979). *El proceso de maduración en el niño*. Barcelona: Laia.

Winnicott, D. (1963). "*El cuidado hospitalario que complementa la psicoterapia Intensiva en la adolescencia*" Conferencia pronunciada en The McLean Hospital, Belmont, Massachusetts, Estados Unidos, como parte de un simposio clínico, "El individuo y la comunidad: perspectivas actuales de la rehabilitación".