



**Universidad Nacional Autónoma de México**  
**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA**

MODELO DE PSICOTERAPIA BREVE FOCAL PSICOANALÍTICAMENTE ORIENTADO

PARA JÓVENES CON MALESTAR DEPRESIVO

**TESIS**

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
DOCTORADO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**JANETT ESMERALDA SOSA TORRALBA**

**DIRECTORA:**

**DRA. MARTHA PATRICIA ROMERO MENDOZA  
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA**

**COMITÉ:**

**DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DRA. MARÍA ELENA TERESA MEDINA-MORA ICAZA  
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA**

**DRA. BERTHA BLUM GRYNBERG  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DR. JORGE ALEJANDRO MONTES DE OCA VILLATORO  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA**

**Cd. Mx.**

**AGOSTO 2018**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## AGRADECIMIENTOS

Todas las historias son construidas con eslabones de saberes compartidos y de experiencias de varias personas. Por ello, agradezco infinitamente a quienes me apoyaron para que este trabajo fuera posible.

A la UNAM por brindarme un espacio de aprendizaje y de formación continua. Al CONACYT por los beneficios que otorga a quienes estamos en un programa de Posgrado.

Por supuesto, agradezco a los jóvenes que participaron en esta investigación y que me permitieron hablar de sus vivencias y de sus historias.

Un agradecimiento muy especial a la Doctora Martha Patricia Romero Mendoza, directora de esta investigación, por acompañarme y guiarme con sus conocimientos, dedicación, motivación y soporte en la trayectoria de estos años. También a la Doctora Bertha Blum Grynberg, por encaminarme con sus enseñanzas, por su ayuda y retroalimentación en todo este proceso, por las oportunidades brindadas y por la confianza que en distintos momentos ha depositado en mí.

Mi gratitud también es hacia la Doctora María Elena Medina-Mora Icaza por compartir conmigo sus conocimientos, por su invaluable apoyo y asesoría en cada momento de consulta. Para el Doctor Juan José Sánchez Sosa y el Doctor Jorge Alejandro Montes de Oca Villatoro por estar involucrados durante la realización de este proceso.

Agradezco al Maestro Vicente Zarco Torres por su interés en mi trabajo y por las aportaciones teóricas que me ayudaron a ir afinando diversas partes de esta investigación. De igual modo, expreso mi gratitud a los psicoterapeutas de ESPORA Psicológica por la ayuda prestada para el desarrollo de este estudio.

Una mención especial es para la Doctora Rosaura Ruiz Gutiérrez y para la Doctora Catalina Stern Forgach por su confianza y por facilitarme la posibilidad de la realización de este trabajo.

No cabe duda de que el apoyo y cariño de mi familia y amigos ha alentado muchos de mis logros, gracias por su compañía y sostén en el recorrido que hemos compartido.

## Índice

<b>Resumen .....</b>	<b>2</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>4</b>
<b>I. Antecedentes.....</b>	<b>9</b>
1. Depresión en jóvenes universitarios .....	9
2. Psicoterapia breve psicoanalíticamente orientada como tratamiento para el malestar depresivo.....	20
<b>II. Marco teórico .....</b>	<b>32</b>
1. Depresión: el malestar del sujeto desde una mirada psicoanalítica.....	32
2. Psicoterapia y construcción de narrativas .....	46
<b>III. Planteamiento del problema .....</b>	<b>52</b>
Justificación.....	55
Supuestos iniciales de la investigación .....	56
<b>IV. Método .....</b>	<b>58</b>
Escenario donde se realizó la investigación.....	58
Diseño de la investigación.....	58
<b>Metodología cuantitativa utilizada en el estudio .....</b>	<b>61</b>
Instrumentos .....	61
Participantes.....	64
Variables.....	66
<b>Metodología cualitativa utilizada en el estudio.....</b>	<b>68</b>
Participantes.....	68
Estrategia de recolección de la información cualitativa .....	69
<b>Terapeutas .....</b>	<b>70</b>
<b>Procedimiento.....</b>	<b>70</b>
<b>Análisis de los datos .....</b>	<b>72</b>
Análisis estadístico .....	72
Análisis de la información cualitativa .....	74
<b>Consideraciones éticas de la investigación.....</b>	<b>79</b>
<b>V. Resultados.....</b>	<b>80</b>
<b>1. Características, necesidades y demandas de atención de los estudiantes.....</b>	<b>80</b>
Participantes que respondieron los cuestionarios antes de la intervención .....	80
<b>2. Psicoterapia.....</b>	<b>85</b>
2.1 Efecto de la psicoterapia .....	85
2.2 Proceso psicoterapéutico .....	101
<b>VI. Discusión .....</b>	<b>175</b>
<b>Conclusiones .....</b>	<b>188</b>
<b>Bibliografía .....</b>	<b>191</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>212</b>

## Resumen

La atención a la salud mental de los jóvenes se ha convertido en una necesidad prioritaria y por ello el Programa ESPORA Psicológica ha surgido como una estrategia para contrarrestar el malestar psicológico que aqueja a jóvenes universitarios. Los objetivos de este estudio fueron: identificar las necesidades de atención de los estudiantes que acudían al Programa; evaluar el impacto de una psicoterapia breve focal psicoanalíticamente orientada en el malestar emocional, especialmente depresivo; y describir el proceso psicoterapéutico. Mediante una metodología mixta, inicialmente, en una muestra de 165 estudiantes se realizaron evaluaciones con el BDI, con el K-10 y con el CORE-OM. Posteriormente, en 38 de estos participantes, se hicieron evaluaciones al finalizar la psicoterapia y a los tres y seis meses posteriores a su conclusión; asimismo, se utilizó el material narrativo de tres casos de pacientes mujeres con malestar depresivo. La evaluación inicial mostró que la sintomatología depresiva osciló, mayoritariamente, entre manifestaciones de intensidad leve a moderada. Respecto al impacto de la psicoterapia, hubo una disminución del malestar entre el *pre-test* y el *post-test* en las tres escalas. En los participantes que colaboraron en los seguimientos, esos cambios se mantuvieron en general. En el proceso psicoterapéutico se observó que las pacientes tuvieron momentos de cambio o de *insight* a lo largo del proceso. Además, las estrategias clínicas y técnicas empleadas por las psicoterapeutas se relacionaron con lograr objetivos específicos de cambio psíquico y mejoría sobre el conflicto focal. En esta modalidad de psicoterapia se profundiza en el conflicto focal, lo que favorece que el paciente tenga mayor conciencia de sus mecanismos psíquicos y pueda modificar así las respuestas dadas a sus problemáticas. En centros educativos, este tipo de intervenciones puede ayudar a los jóvenes a sobrellevar y a modificar sus vivencias que les generan conflicto durante su trayectoria universitaria.

Palabras clave: Psicoterapia breve focal psicoanalíticamente orientada, jóvenes universitarios, malestar depresivo, proceso psicoterapéutico.

### **Abstract**

The attention of the mental health of young people has become a priority need and thus the ESPORA Psychological Program has emerged as a strategy to counteract the psychological distress afflicting young university students. The objectives of this study were: to identify the psychological attention needs of the students who attended the Program; to evaluate the impact of a psychoanalytically oriented brief focal psychotherapy on emotional distress, especially depressive; and to describe the psychotherapeutic process. Through a mixed methodology, in a sample of 165 students, evaluations were performed with the BDI, with the K-10 and with the CORE-OM. Subsequently, in 38 of these participants, evaluations were made at the completion of psychotherapy, and three and six months completion; and was used the narrative material in three cases of female depressed patients. The initial evaluation showed that the depressive symptomatology oscillated, mostly, between manifestation of mild to moderate intensity. On the impact of psychotherapy, in the participants was a decrease in distress between the pre-test and post-test in all three scales. These changes were generally maintained in the participants who collaborated in the follow-up. In psychotherapy process it was observed that the patients had moments of change or insight throughout the process. In addition, the clinical and technical strategies used by the psychotherapists were related to achieving specific goals of psychic change and improvement on the focal conflict. In this modality, psychotherapy goes deep into the focal conflict and this favors that patients have a greater awareness of their psychic mechanisms and can modify the answers given to their problems. In educational centers, this type of interventions can help young people to cope and modify their experiences that generate conflict throughout their careers.

**Keywords:** Psychoanalytically-oriented brief focal psychotherapy, university students, depression, psychotherapeutic process.

## Introducción

Al hablar de salud mental nos referimos a un fenómeno integral que no sólo considera la ausencia de padecimientos psíquicos, sino también al ejercicio de las competencias y habilidades necesarias para el desarrollo de la vida personal y para la interacción social y comunitaria, que son mecanismos inherentes a la naturaleza del ser humano y condicionantes de su bienestar (Organización Mundial de la Salud, 2004). De este modo, la salud mental se convierte en una necesidad básica para los individuos, presente en sus afectos, en sus procesos cognitivos y conductuales y, consecuentemente, en su calidad de vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la salud mental como el “bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente, [...] los individuos [...] son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a sus comunidades” (OMS, 2004, p. 7). En esta definición se entiende que, en la salud mental, se imbrican factores biológicos, sociales, ambientales y psicológicos, cuya relación repercute en el bienestar o malestar del sujeto.

En 2004, la OMS tenía datos reveladores de que, a nivel mundial, 450 millones de personas sufrían de un padecimiento mental o conductual. Aunado a esto, cuatro de las seis causas principales de los años vividos con discapacidad derivaban de trastornos neuropsiquiátricos, como la depresión, los trastornos generados por el alcohol, la esquizofrenia y el trastorno bipolar (OMS, 2004). Asimismo, a propósito del Día Mundial de la Salud Mental, la OMS declaró en 2011 que el 25% de los individuos desarrollaban uno o más padecimientos mentales en algún momento de su vida, tanto en los países desarrollados como en aquéllos en vías de desarrollo (OMS, 2011).

Sumado a esto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) tomó como fuente los datos de la OMS e informó que, aproximadamente en un año, el 20% de los adolescentes y jóvenes (de edades entre 10 y 24 años) padecían un problema de salud mental como depresión o ansiedad (OPS, 2011).

En lo que se refiere concretamente a depresión, en 2004 la OMS difundió que más de 150 millones de personas en el mundo habían sufrido depresión en algún momento de su vida. Asimismo, la depresión unipolar era la causa de 12.5% de años vividos con discapacidad y constituía la tercera causa contribuyente a la carga global de enfermedades mentales (OMS, 2004). El mismo organismo publicó en 2012 que la depresión era un trastorno mental que afectaba a 350 millones de personas a nivel mundial, además de ser la principal causa de discapacidad y de contribuir de forma importante a la carga mundial de morbilidad. Según la misma OMS, la depresión puede conducir incluso al suicidio, que causa cerca de un millón de muertes al año (OMS, 2012).

En México, por medio de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, en 2003 se observó que los tipos de padecimientos mentales más frecuentes, manifestados alguna vez en la vida, fueron: ansiedad (14.3%), seguida por el abuso de sustancias (9.2%) y los padecimientos afectivos (9.1%) (Medina-Mora et al., 2003). Un año antes se identificó, además, que la prevalencia anual de depresión era de 4.8% entre la población general de 18 a 65 años (Wagner, González-Forteza, Sánchez-García, García-Peña & Gallo, 2012).

Por otra parte, en 2009 se recabó información de 57403 estudiantes de bachillerato y de licenciatura de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), en quienes se detectó sintomatología depresiva elevada en 14.7% de ellos (8197 alumnos), siendo mayor la proporción de mujeres que la de hombres (González-Forteza et al., 2011). Además, fueron más estudiantes



universitarios quienes presentaron esta sintomatología que los de bachillerato (16.4% y 14.8%, respectivamente) en los censos de 2009 y 2010 (Jiménez et al., en prensa).

Dada la incidencia de depresión en la población en general, ha surgido la necesidad de diseñar estrategias de intervención para detectar, en primera instancia, estos padecimientos y, posteriormente, tratarlos para mejorar la calidad de vida de los individuos. Dentro del ámbito de la Psicología, la detección de estos padecimientos considera tanto la sintomatología como su etiología y curso para realizar un diagnóstico y tratamiento adecuados (Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleiz-Bautista, & Zambrano-Ruiz, 2004; Reavley & Jorm, 2010; Tomic et al., 2010). En lo que se refiere al tratamiento, las intervenciones más utilizadas actualmente son las que tienen como objetivo alcanzar una mejor relación costo-beneficio, es decir, las intervenciones cuyas ganancias-beneficios se ven reflejadas en la ganancia que la población obtiene por cada intervención, la ganancia en el costo para el paciente y la ganancia en los costos del programa (Lara-Muñoz et al., 2010).

Las intervenciones con psicoterapias breves se encuentran entre las estrategias diseñadas para tratar la depresión. En términos de costo-efectividad, la psicoterapia breve ha resultado ser un tratamiento viable y efectivo para la mayoría de los casos en cuanto a las mejorías que reporta en el estado clínico de este tipo de padecimientos (Fernández et al., 2011). La psicoterapia breve parte de los principios teóricos y técnicos de la psicoterapia tradicional, y los modifica para lograr intervenciones más cortas.

Específicamente, la psicoterapia breve con enfoque psicoanalítico es una técnica que adapta los conceptos y procedimientos psicoanalíticos para promover cambios psíquicos significativos en un menor tiempo y sobre determinadas problemáticas que producen malestar al sujeto (Sánchez-Barranco & Sánchez-Barranco, 2001).

Tomando en cuenta lo antes mencionado, la presente investigación se centra en el malestar depresivo en jóvenes universitarios, quienes encaran factores propiciadores de estrés en su trayectoria universitaria y cuyas consecuencias pueden reflejarse en sintomatología depresiva (Amézquita, González & Zuluaga, 2003). Como esta sintomatología también puede presentar comorbilidad con otros padecimientos (Cooke, Bewick, Barkham, Bradley & Audin, 2006; Downing & Martin, 2006; Hirsch, Conner & Duberstein, 2007; Roberts, Glod, Kim & Houchell, 2010; Sebena, Ansari, Stock, Orosova & Mikolajczyk, 2012), se ha considerado importante intervenir sobre este malestar.

Existen pocas intervenciones breves con enfoque psicoanalítico que se hayan aplicado en estudiantes universitarios. Por tal motivo, se sabe poco sobre la utilidad y la viabilidad de una modalidad de intervención de esta índole. Así, esta investigación se plantea como problema central conocer el impacto de un modelo de psicoterapia breve focal psicoanalíticamente orientado para conocer su influencia en la disminución de la sintomatología depresiva y en los cambios intrapsíquicos e intersubjetivos.

La presente investigación forma parte de un proyecto más amplio que se lleva a cabo entre la Coordinación de la Maestría de Psicología con Residencia en Psicoterapia para Adolescentes de la Facultad de Psicología de la UNAM y otras facultades de la misma entidad. El nombre que recibe este proyecto es Programa “Espacio de Orientación y Atención Psicológica (ESPORA Psicológica)”.

El propósito principal del programa es implementar una modalidad de psicoterapia breve con enfoque psicoanalítico que apoye el Modelo Universitario de Salud Integral a la Salud para Universidades, cuyo objetivo es diagnosticar situaciones de vulnerabilidad. Para ello considera factores de protección y riesgo a fin de generar servicios de atención dirigidos a la salud de los

jóvenes estudiantes (López-Bárcena & Gonzáles de Cossío, 2005). En ese sentido, la investigación se ha realizado con la intención de hacer notar la importancia de contar con espacios de atención en los cuales los jóvenes expresen sus experiencias y su malestar, lugares donde puedan ser escuchados para buscar un sentido diferente y alternativas de solución a sus problemáticas.

## **I. Antecedentes**

### **1. Depresión en jóvenes universitarios**

El ingreso a la universidad implica varios cambios que se manifiestan en diversos ámbitos de la vida de los jóvenes. El primer año universitario es de gran importancia porque representa un proceso de adaptación en el cual se combinan varios factores. Entre ellos están los antecedentes familiares y las habilidades y destrezas que poseen los estudiantes, todos los cuales median la integración de las experiencias académicas y sociales. Además, una vez que los jóvenes ingresan a la universidad, estos mismos factores representan dificultades y exigen habilidades para adaptarse a los nuevos requisitos intelectuales y de relaciones interpersonales (Silva, 2011).

A nivel personal e institucional, hay varios obstáculos que enfrentan los jóvenes cuando ingresan a la universidad. Entre ellos, Tinto (2008) menciona los siguientes: 1. una razón imprecisa por la que han ingresado a la universidad, por lo que sus objetivos y metas al respecto no son claras; 2. dificultades de adaptación a las nuevas exigencias universitarias; 3. una inadecuada atención institucional a las necesidades y demandas de los estudiantes; 4. carencias y deficiencias en las destrezas y habilidades de estudio de los jóvenes; 5. falta de valoración de los procesos de aprendizaje que facilitan o dificultan su permanencia en la universidad; 6. falta de un compromiso necesario, por circunstancias diversas, para cumplir con sus estudios universitarios; y 7. un bajo sustento económico que dificulta el financiamiento de sus estudios.

Los cambios implícitos en el ingreso a la universidad y la permanencia en ella pueden generar estrés, el cual puede manifestarse en consecuencias físicas (disminución de energía, problemas de sueño, decremento en la frecuencia de las relaciones sexuales e inestabilidad en el peso corporal); en la reducción de actividades (menos convivencia con la pareja, amigos y familiares; menor tiempo para hacer ejercicio y para realizar actividades recreativas y de

relajación, etc.); en consecuencias emocionales (pérdida de: control, paciencia, competencia, satisfacción personal, productividad y certeza sobre el futuro), así como en afectaciones en las capacidades cognitivas (por ejemplo, problemas de concentración, en habilidades para enfocar y pensar claramente, y en habilidades de planeación). El estrés también puede repercutir en las relaciones interpersonales (dificultades de comunicación con la pareja, disminución del apoyo familiar, de la pareja y de los amigos; pocas oportunidades para socializar y dificultades para hacer amistades en la universidad), y en cuestiones de índole material como dificultades para tener actividades remuneradas y para equilibrar su presupuesto (Bitsika, Sharpley & Rubenstein, 2010).

En todo el mundo, los jóvenes que cursan estudios universitarios enfrentan varios retos y se ha notado que hay factores estresores asociados con sintomatología depresiva. Por ejemplo, en investigaciones realizadas en el continente americano, se ha visto que, con respecto al ámbito escolar, la insatisfacción con la carrera; las dificultades en la relación con los docentes, los compañeros de estudio y los directivos universitarios; los problemas en las evaluaciones y en las responsabilidades académicas (Amézquita et al., 2003); la inconformidad con el propio rendimiento académico y con la carrera cursada (Fuentes, Libreros & Pérez, 2007); y factores de índole personal y social, como pérdidas afectivas, académicas, económicas y de la salud (Amézquita et al., 2003); estar casado (Fuentes et al., 2007); la insatisfacción con la situación económica y vivir con otro familiar externo a la familia nuclear (Pereyra-Elías et al., 2010) se relacionan con este padecimiento.

A su vez, en estudiantes de Europa y Australia, factores sociales y económicos, como un estatus socioeconómico actual bajo (Bostanci et al., 2005); antecedentes familiares de pobreza, desigualdad de beneficios sociales, pertenecer a una cultura colectiva (Steptoe, Tsuda, Tanaka &

Wardle, 2007); trabajar jornadas completas; insatisfacción con el arreglo de la vivienda (Khawaja & Duncanson, 2008); tener que hacer largos desplazamientos para llegar a la institución académica (Balanza, Morales & Guerrero, 2009), y factores académicos y personales, como un bajo desempeño escolar (Bostanci et al., 2005); y la sensación de pérdida de control sobre la vida (Balanza et al., 2009) se han asociado con la presencia de estados depresivos.

La incidencia de depresión en esta población juvenil ha sido tema de interés. Por ejemplo, el espectro del trastorno puede oscilar entre cada uno de los subtipos de éste, y puede abarcar desde una depresión leve hasta una grave, incluyendo síntomas como estado de ánimo decaído (Al-Busaidi et al., 2011; Vázquez & Blanco, 2008), sentimientos de desesperanza (Al-Busaidi et al., 2011), alteraciones del sueño y pensamientos suicidas (Vázquez & Blanco, 2008). En este sentido, las mujeres son quienes presentan episodios de depresión con mayor frecuencia (Balanza et al., 2009; Hermann & Betz, 2006; Hirsch et al., 2007; Khawaja & Duncanson, 2008; Mikolajczyk et al., 2008; Steptoe et al., 2007; Vázquez & Blanco, 2008), y suele ser más recurrente en estudiantes que han tenido otros episodios previos (Muñoz, Rocha, Escalera & Méndez, 2011; Vázquez & Blanco, 2008).

Cabe destacar que en los primeros períodos académicos hay mayor incidencia de sintomatología depresiva (Bayram & Bilgel, 2008; Cooke et al., 2006). Así, se ha visto que en los primeros semestres de estancia universitaria se presentan esquemas mentales de desconfianza, privación emocional y vulnerabilidad (Agudelo-Vélez, Casadiegos-Garzón & Sánchez-Ortiz, 2009). En relación con lo anterior, y en comparación con jóvenes con disminución en su promedio escolar, los jóvenes que lo mantienen a lo largo del primer semestre presentan menos síntomas de depresión; perciben bajos niveles de estrés; tienen una mayor adaptación académica, social y emocional; consideran que la transición universitaria es más positiva; sus planes universitarios

son más concretos; tienen un mejor manejo del tiempo, y tienen niveles de autoestima más altos (Gallander et al., 2011).

La comorbilidad de los síntomas depresivos con otros padecimientos que afectan a los jóvenes universitarios ha sido otro tema de interés. Se ha notado su presencia acompañada de síntomas de ansiedad (Cooke et al., 2006; Downing & Martin, 2006; Eldeleklioglu, 2006; Joiner, Wingate, Gencoz & Gencoz, 2005). En este sentido, se ha apreciado que la ansiedad puede contribuir incluso a su manifestación (McCarthy, Fouladi, Junker & Matheny, 2006). También se ha visto en presencia de consumo de tabaco (Roberts et al., 2010); de excoriación y trastornos obsesivo-compulsivos (Downing & Martin, 2006); de problemas de consumo de alcohol (Sebena et al., 2012), y de ideación suicida (Hirsch et al., 2007).

Específicamente, en universitarios mexicanos se ha observado que la sintomatología puede ir de leve a moderada, con una mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres (Olmedo-Buenrostro, Torres-Hernández, Velasco-Rodríguez, Mora-Brambila & Blas-Vargas, 2006). Se puede manifestar acompañada de ansiedad y síntomas psicósomáticos, como dolores de cabeza, menstruales y de espalda; cansancio y dificultad para dormir (González, Landero & García-Campayo, 2009); con el consumo de alcohol y tabaco (González-González et al., 2012). Es más frecuente en estudiantes del primer año de nivel superior que de nivel medio superior (González-González et al., 2012), además de asociarse con el riesgo de índices de reprobación y de bajo rendimiento escolar (Fouilloux et al., 2013).

### **Factores asociados a la sintomatología depresiva en universitarios**

#### ***Aspectos familiares***

Tanto los aspectos positivos como los negativos de los primeros cuidadores repercuten en el estado mental de los individuos. Se ha observado que los jóvenes que recuerdan haber tenido en

su infancia unos padres cálidos tienen habilidades para tranquilizarse a sí mismos y a otros en situaciones adversas. En cambio, si recuerdan haber recibido rechazo o sobreprotección por parte de sus padres, se relacionan con temor con los demás, y tienen hacia sí mismos una autocrítica negativa y persecutoria, dos características asociadas a síntomas depresivos (Irons, Gilbert, Baldwin, Baccus & Palmer, 2006).

Asimismo, experiencias de abuso sexual, abuso emocional y negligencia parental se han relacionado con la probabilidad de padecer trastorno depresivo mayor en algún momento de la vida (Diaz, Lizardi, Qian & Liu, 2008). Específicamente, un cuidado maternal deficiente es un factor que se relaciona con la manifestación de anhedonia, y ambos factores influyen también en que los jóvenes muestren un apego inseguro hacia los otros y tengan una sensación de pérdida de control sobre el entorno. Un cuidado paternal deficiente es también muy importante, pues se ha visto que se relaciona con síntomas de depresión y ansiedad en los jóvenes (Newcomb, Mineka, Zinbarg & Griffith, 2007).

Además del impacto que tienen las vivencias infantiles en la salud mental, las experiencias familiares actuales de la vida de los jóvenes influyen también en su malestar; por ejemplo, la presencia de conflictos con los padres y la falta de cohesión familiar tienen una fuerte relación con la ideación y la actuación suicidas (Arria et al., 2009; Gencöz & Or, 2006). Como puede notarse, los padres desempeñan un papel importante en el bienestar de los jóvenes; por ello, es importante considerar su influencia en la manifestación de sintomatología depresiva.

### *Aspectos interpersonales*

El entorno interpersonal también repercute en el bienestar de los individuos. Este entorno se genera a partir de los vínculos afectivos que se establecen con las personas con quienes se convive cotidianamente. Las malas relaciones de noviazgo (Cramer, 2004) y la sensibilidad al



rechazo social (Mellin, 2008) son factores que se asocian con la manifestación de depresión. Es el caso, por ejemplo, de tener unas elevadas expectativas en las relaciones interpersonales y una marcada dependencia emocional hacia los otros, incluyendo la necesidad de aceptación, amor y aprobación, todo lo cual influye en la manifestación de su sintomatología (Kopala-Sibley, Zuroff, Leybman, & Hope, 2012). Además, a medida que se acentúa la sintomatología, la percepción de tener poco apoyo social aumenta la probabilidad de ideación suicida (Arria et al., 2009).

Por otro lado, la creación de estrategias defensivas para afrontar el rechazo, como buscar independencia para no sentirse vulnerables frente a los otros, puede ocasionar una mala adaptación a la universidad, sentimientos de soledad y depresión (Ames et al., 2011). En la aparición de estos síntomas, también pueden influir que los jóvenes valoren negativamente sus problemas interpersonales y que busquen resolverlos por medio de la evitación o con respuestas impulsivas (Siu & Shek, 2010).

Los jóvenes que han alcanzado la adultez sometidos a altos niveles de depresión pueden seguir manifestando síntomas, y éstos pueden agravarse incluso a lo largo de la adultez temprana. A la par de lo anterior, quienes presentan altos niveles de depresión muestran menos expectativas de logro y de éxito en situaciones sociales, evitan esas interacciones y tienen relaciones interpersonales de poca confianza y poco apoyo emocional (Samela-Aro, Aunola & Nurmi, 2008).

Si bien es innegable que, cuanto mayor apoyo social de amigos y familiares tienen los jóvenes, la manifestación de sintomatología depresiva es menor, en esta etapa el apoyo de los amigos es más importante que el de la familia (Eldeleklioglu, 2006). Esto se explica porque en este periodo de la vida se vive un proceso de búsqueda de individuación y de construcción de metas aparte de las expectativas parentales, y una manera de conseguirlo es por medio de las relaciones externas a la familia.

### *Aspectos personales*

Las experiencias que se tienen a lo largo de la vida repercuten en la salud mental de los individuos. Por ejemplo, haber sido víctimas de abuso sexual representa un factor de riesgo para la aparición de síntomas de depresión (Sesar, Simic & Barisic, 2010). Vivencias negativas como ésta ponen en juego los recursos emocionales de los jóvenes para manejarlas. Estas experiencias pueden requerir, en algunos casos, el apoyo de fuentes externas para sobrellevar el malestar ocasionado. Al mencionar la importancia de las experiencias negativas, también es importante considerar que los jóvenes con antecedentes de depresión tienden a sentirse culpables de los sucesos estresantes negativos; así, los perciben más amenazantes, se sienten con menos capacidad para lidiar con ellos y presentan un estado de ánimo displacentero constante (O'Grady, Tennen & Armeli, 2010).

Otro factor de riesgo que hay que considerar en el estudio de la depresión en los jóvenes es la personalidad. El neuroticismo (caracterizado por inestabilidad e inseguridad emocional, ansiedad elevada, estado continuo de preocupación y tendencia a la culpabilidad), y actitudes negativas hacia la obtención de logros, se han considerado como factores de vulnerabilidad para la manifestación de depresión (Peñate, Perestelo, Bethencourt & Ramírez, 2009).

La baja autoestima y los sentimientos de soledad repercuten en la confianza y la estima social, y estos factores influyen en la presencia de depresión (Hermann & Betz, 2006). Al respecto, se ha visto que los jóvenes que construyen su autoestima a partir de acontecimientos externos o de los puntos de vista que las otras personas expresan de ellos tienden a tener una autoestima baja y son propensos a desarrollar síntomas depresivos, contrario a lo que sucede si su autoestima tiene un componente personal interno más elevado (Sargent, Crocker & Luhtanen, 2006). También, las conductas agresivas de los jóvenes, tanto verbales como físicas, hacia los

demás pueden relacionarse con sentirse anímicamente mal, y son factores predisponentes para la manifestación de síntomas depresivos (McCarthy et al., 2006; Roberts et al., 2010).

Respecto a la repercusión de las experiencias negativas en la vida de los jóvenes, en estudiantes universitarios mexicanos, tener antecedentes de violencia intrafamiliar (Muñoz et al., 2011), y en estudiantes de bachillerato y universitarios de la UNAM, haber sufrido violencia psicológica o sexual, tener un familiar herido durante un asalto, una historia de depresión en la familia, una mala calidad de las relaciones familiares y sociales, la percepción de una mala situación económica, el poco apoyo de la familia y la falta de actividad física o ejercicio intenso (Jiménez et al., en prensa), representan factores de riesgo para manifestar sintomatología depresiva.

### *Aspectos cognitivos*

Al interactuar con sucesos estresantes, los aspectos cognitivos pueden tener un peso considerable en la aparición de síntomas depresivos. Por ejemplo, las ideas de grandiosidad (Agudelo-Vélez et al., 2009), el perfeccionismo y un estilo de atribución negativo, especialmente sobre las fallas académicas (Mongrain & Blackburn, 2005), se asocian con la recurrencia de sintomatología depresiva. Estilos de atribución negativos, junto con un mecanismo defensivo de vuelta contra sí mismo, por medio de una autocrítica exagerada constante, también surten un efecto en la manifestación de períodos depresivos (Kown, 1999).

Otros factores de riesgo vistos en jóvenes universitarios son los pensamientos intrusivos y la dificultad para controlarlos (Field, Diego, Pelaez, Deeds & Delgado, 2012), lo cual puede influir en las interpretaciones negativas de sus vivencias estudiantiles y llevar a que refuten los aspectos positivos de éstas (Halberstandt et al., 2008), por lo que no es de extrañar que tiendan a hacer mayor uso de palabras con contenido emocional negativo y empleen pocas relativas a

emociones positivas (Rude, Gortner & Pennebaker, 2004). A estos aspectos se añaden la desesperanza (Williams, Galanter, Dermatis & Schwartz, 2008) y el pesimismo (Miranda & Mennin, 2007) como otros factores de riesgo. Aquí cabe señalar que sucede lo contrario si los jóvenes muestran optimismo ante estas situaciones, pues así presentan menos sintomatología depresiva (Hirsch et al., 2007).

Se ha visto que los jóvenes atentos a sus propios sentimientos y a sus síntomas, así como a las posibles causas y consecuencias de los mismos, tienden a manifestar más síntomas depresivos que aquellos que afrontan sus estados de ánimo negativo utilizando respuestas relacionadas con actividades gratificantes para romper el foco de atención generador del malestar (Extremera, Fernández-Berrocal, Ruiz-Aranda & Cabello, 2006). En relación con esto, los individuos con síntomas de depresión reportan más sucesos estresantes y con mayor impacto en sus vidas, además de que emplean estrategias poco eficaces para afrontarlos (Zong et al., 2010).

Como habrá podido apreciarse, la depresión es un proceso complejo y multicausal, por lo que es importante considerar cada factor mencionado en el diagnóstico y el tratamiento de este padecimiento.

### **Los jóvenes frente a la depresión**

La depresión tiene un gran impacto a nivel personal y social en la vida de los jóvenes. Por ello es importante considerar que alrededor de los padecimientos mentales hay ciertas creencias; por ejemplo, los universitarios pueden preferir mantener una distancia social hacia las personas que padecen depresión porque perciben que éstas tienen conductas sociales inapropiadas y que son peligrosas (Norman, Sorrentino, Windell & Manchanda, 2008).

Samouilhan y Seabi (2010) condujeron una investigación entre estudiantes de primer año universitario para conocer sus creencias sobre la etiología y el tratamiento de las enfermedades

mentales. Con respecto a la depresión, la mayoría de los participantes refirieron que los sucesos estresantes eran la principal causa etiológica de la depresión, seguida por un desequilibrio en las sustancias químicas del cerebro y la falta de voluntad o fuerza personal para sobrellevar las situaciones. Asimismo, consideraron que los mejores tratamientos para este padecimiento eran la psicoterapia, la consejería y los grupos de apoyo, seguidos por el apoyo de amigos y familiares, y en último lugar la medicación.

También se ha visto que, si bien son mejor conocidos los síntomas de la depresión que los de otras patologías, la tristeza es considerada como exclusiva de la depresión, en tanto que los problemas de sueño, la angustia y la agitación se consideran como trastornos secundarios. Aquí cabe señalar que los estudiantes de ciencias relacionadas con la salud son quienes conocen más sobre esta sintomatología (Lauber, Adjacic-Gross, Fritschi, Stulz & Rössler, 2005).

En un centro de consejería de una universidad de Estados Unidos, se observó --en estudiantes extranjeros durante un período de seis años de estudio-- que quienes acudían con mayor frecuencia eran estudiantes de licenciatura, los cuales eran por añadidura más jóvenes y en su mayoría, mujeres. Los estudiantes de licenciatura acudían principalmente por motivos relacionados con problemas académicos, depresión y ansiedad, en tanto que los estudiantes de posgrado lo hacían mayoritariamente por motivos que tenían que ver con depresión, manejo del tiempo y relaciones de noviazgo (Yi, Lin & Kishimoto, 2003).

En otro estudio de un año de duración, realizado también para observar a estudiantes extranjeros que radicaban en Estados Unidos y que acudían a un servicio de consejería en su universidad, se observó que las preocupaciones que presentaban dentro de las áreas emocional, académica, social, interpersonal y otras obedecían al siguiente orden: 1. depresión e infelicidad; 2. defensa de sus derechos, sentimientos y pensamientos; falta de información sobre sí mismos; 3.

sentir demasiado nerviosismo, tensión, preocupaciones, incomodidad y timidez; poca confianza en sí mismos y baja autoestima; 4. dificultad para establecer amistades y sentimientos de soledad; 5. falta de información laboral, falta de habilidades en la toma de decisiones y conflictos en las relaciones interpersonales; 6. tristeza ante el fin de una relación; 7. conflictos con sí mismos, preocupaciones maritales, no tomar las clases deseadas y comer en exceso (Nilsson, Berkel, Flores & Lucas, 2004).

En México, en una muestra de 438 estudiantes universitarios, 50% de ellos aceptó deprimirse; 29% no conocían o no tenían información sobre los signos y síntomas de la depresión; 67.6% tenían un familiar con depresión (padre, madre, hermano/a, tío materno/paterno, abuelos); 11% sabía que algún familiar estaba bajo tratamiento médico por depresión; 5% aceptaba haber recibido algún tipo de tratamiento antidepresivo; 14% aceptó padecer insomnio en ese momento; 34% lo padecían ocasionalmente; 22% habían pensado en suicidarse; y para 41% y 52% el insomnio y la depresión habían afectado, respectivamente, su rendimiento escolar (Carrillo et al., 2010).

Los antecedentes descritos permiten tener un contexto general del malestar depresivo entre los jóvenes universitarios y considerar la característica multicausal de su manifestación. También permiten darse una idea de las repercusiones que puede tener este malestar entre los jóvenes, entre las que se incluye buscar ayuda en los servicios de atención psicológica o en otros centros de atención.

## **2. Psicoterapia breve psicoanalíticamente orientada como tratamiento para el malestar depresivo**

En la atención al padecimiento psíquico, la psicoterapia es una alternativa viable para tratarla. Al estudiar la eficacia y la utilidad clínica de la psicoterapia, se ha hecho énfasis en reconocer los tratamientos útiles para problemas específicos, esto es, los tratamientos más recomendables según las características del paciente. Para ello debe tomarse en cuenta la formación del terapeuta y los determinantes de las problemáticas a tratar. A lo anterior se aúna la recomendación de que las investigaciones realizadas en torno a las intervenciones psicoterapéuticas no se representen sólo mediante información cuantitativa, sino también mediante la observación clínica y la información cualitativa (Badós, García & Fusté, 2002).

Planificar el tratamiento necesario para un padecimiento implica tener una visión general de la situación y del trastorno de la persona, considerando los problemas o conflictos que serán abordados en la terapia; las vulnerabilidades; los recursos y los puntos fuertes y débiles de la persona; y sus vínculos interpersonales, así como la evaluación de las posibilidades de éxito-fracaso y de las razones que apunten a que es preferible determinado abordaje psicoterapéutico y no otro (Bernardi, Defey, Garbarino, Tutte & Villalba, 2004).

En los tratamientos con psicoterapia breve, el tipo de padecimiento es un factor importante a tener en cuenta. Los tratamientos breves focalizados dirigidos a afrontar crisis, identificar problemas, comprender sentimientos, explorar o tomar decisiones y disminuir el estrés son recomendables para problemas relacionados con dificultades de adaptación, pérdidas, estrés y ansiedad situacional, depresión subclínica o estado de ánimo disminuido, problemas maritales o de noviazgo, dificultades en la relaciones interpersonales (afirmación personal, autoconfianza,

intimidad), cuando la gravedad de la problemática o sintomatología sea de baja a moderada y de inicio reciente (Bernardi et al., 2004).

Para problemáticas más graves y que ya persistan por varios meses, como la ansiedad sintomática (ataques de pánico, fobias, trastornos por estrés postraumático, ansiedad generalizada, obsesiones y compulsiones), problemas de conducta (alimentación, sueño, control de impulsos o de la ira) o depresión, se recomiendan los tratamientos estructurados y focalizados en objetivos concretos y prácticos. Para problemas de personalidad y padecimientos psicósomáticos, de intensidad moderada a grave y con persistencia en el tiempo --en que los problemas se puedan entender a partir de la forma de vivir del paciente o de su manera de ver el mundo y en que éste tenga un deseo de autoconocimiento que necesite explorarse-- se recomiendan los tratamientos dirigidos al autoconocimiento y a la promoción de un cambio interno. Como podrá apreciarse, esta clase de problemas requieren, por sus características, intervenciones de mayor duración (Bernardi et al., 2004).

### **Psicoterapia breve con enfoque psicoanalítico**

#### ***Fundamentos teóricos***

Como su nombre lo indica, la psicoterapia breve con enfoque psicoanalítico deriva del psicoanálisis y de la intervención en crisis. Es un trabajo ordenado, sistemático y original que promueve el cambio metapsicológico del conflicto psíquico (Sánchez-Barranco & Sánchez-Barranco, 2001). Al surgir del psicoanálisis, considera las etapas de la evolución de la libido, la importancia de las relaciones objetales, las conductas típicas de la edad, las conductas típicas de crisis vitales y las conductas atípicas y sintomáticas como respuestas reactivas de un conflicto intrapsíquico (García, 1997).



En esta psicoterapia se adaptan los conceptos y procedimientos psicoanalíticos, se definen los procedimientos del tratamiento para enseñarlos a otros en un tiempo breve, se comprueba científicamente su efectividad y quedan claramente definidos los objetivos y limitaciones. Sus dos elementos clave son que es una técnica breve y que con ella se trabaja en las áreas particulares del paciente que mejor expresan sus dificultades, síntomas y defensas (Sánchez-Barranco & Sánchez-Barranco, 2001). Los objetivos terapéuticos buscan disminuir los síntomas y problemáticas actuales de los sujetos, esto es, intervienen en las necesidades emocionales más o menos inmediatas de los pacientes (Braier, 2006).

Las intervenciones del terapeuta (clarificación, confrontación, etc.) buscan que el paciente modifique las respuestas dadas a su conflicto; favorecen un mayor conocimiento de sus defensas habituales, sus recursos, sus afectos y debilidades; relacionan la aparición o el incremento de síntomas y/o determinadas conductas con los hechos que los produjeron y con las vivencias internas originadas frente a esto. Es decir, en el trabajo conjunto paciente-terapeuta se profundiza en el área o conflicto focal y con ello hay una comprensión del Yo del paciente que lo motiva a adoptar una posición distinta frente a su conflicto (Freiré, 1997).

El área, o conflicto focal, tiene un eje central dado por el motivo de consulta desencadenado por una situación específica, el cual considera los síntomas más perturbadores, situaciones de crisis, amenazas de descompensación o fracasos adaptativos. Este conflicto focal se liga con el conflicto nuclear cuyo origen es infantil y primario. Por consiguiente, en este conflicto focal subyacen aspectos caracterológicos e históricos genéticos individuales del sujeto, quien se halla inmerso en un contexto sociocultural que determinan su constitución subjetiva (Fiorini, 2012). Es decir, el foco es una dimensión psíquica que conecta sentimientos y actitudes del pasado con el presente (Mander, 2002), y representa un conflicto intrapersonal o interpersonal que

reproduce un conflicto infantil en las relaciones actuales del individuo (Gutiérrez, Iturriza & Finol, 2003).

Una vez identificado el foco, el terapeuta va circunscribiendo el material clínico proporcionado por el paciente a ese foco y va dirigiendo las asociaciones del paciente a lo esencial con respecto a éste. De este modo, focalizar es una de las tareas principales del terapeuta desde la primera entrevista con el paciente y ha de llevarse a cabo en el transcurso de la terapia (Fiorini, 2012; Mander, 2002). El terapeuta alterna una atención flotante con una selectiva. Esto significa que el trabajo que se hace con el tema focal, o los temas focales, se asocia con momentos clave (relacionados con el tono emocional y el nivel de abstracción del discurso), que reflejan momentos de *insight* indispensables para que el paciente experimente un cambio (Gutiérrez et al., 2003).

Dentro del encuadre terapéutico se requiere que los encuentros con el paciente sean cara a cara y que en el contrato terapéutico se especifique la duración aproximada del tratamiento. En cuanto a la técnica, el terapeuta desarrolla una gran actividad al trabajar con los focos conflictivos del paciente; dirige gran parte de su atención hacia ellos; y guía al mismo tiempo la atención del paciente hacia éstos. Con respecto a la transferencia, se procura no ocasionar una neurosis por transferencia cuyo papel en la resistencia al tratamiento sería difícil de disolver por la brevedad estipulada (Sánchez-Barranco & Sánchez-Barranco, 2001). En consecuencia, se trabaja sobre todo con la transferencia positiva, pues la transferencia negativa se interpreta sólo cuando interfiere con el avance del tratamiento. Por lo mismo, las defensas que no representan serias consecuencias negativas para el paciente no se cuestionan y la regresión se facilita sólo hasta un punto favorecedor del *insight* (García, 1997).

Por la brevedad de la intervención, también se consideran características del paciente que son necesarias para llevar a cabo el proceso. Entre estas características se toma en cuenta que el paciente tenga motivación para el cambio y que cuente con recursos emocionales, intelectuales y de simbolización que favorezcan el *insight* (Gutiérrez et al., 2003; Sánchez-Barranco & Sánchez-Barranco, 2001).

Dentro de esta aproximación psicoterapéutica se han desarrollado varios modelos siguiendo dos líneas de aplicación. La primera de ellas se enfoca en la *estructura psíquica* (Ello, Yo, Superyó). Dentro de estos modelos, el fundamento es la teoría psicológica del Yo y se enfatiza la interpretación del deseo-defensa como elemento central del cambio. En este caso, los terapeutas tienden a ser confrontativos y prestan menos atención a la contribución del rol que ellos mismos cumplen dentro del proceso (Messer, 2001). La otra línea de aplicación es la *relacional*. Estas modalidades psicoterapéuticas conciben la psicopatología en términos de patrones maladaptativos recurrentes en las conductas interpersonales. En vista de esto último, los problemas se consideran como resultado de conflictos con los primeros cuidadores, quienes establecieron las relaciones objetales internas y cuyo patrón se ramificó hacia las subsecuentes relaciones interpersonales. Por consiguiente, el campo de interacción entre paciente y terapeuta es esencial en el tratamiento (Messer, 2001; Safran, 2002).

Específicamente en lo que se refiere al tratamiento para depresión, Bellack y Siegel (1986) propusieron un modelo de psicoterapia breve en que se retoman las siguientes áreas del padecimiento: 1. problemas de autoestima; 2. superyó severo; 3. autoagresión; 4. sentimientos de pérdida; 5. sentimientos de decepción; 6. sentimientos de engaño relacionados con los de decepción; 7. tendencias orales (dependencia a recibir); 8) dependencia a nutrientes narcisísticos externos; 9) negación; y 10. dificultades en las relaciones de objeto. Dicho modelo actúa en la

regulación de los primeros nueve factores, los cuales se pueden modificar mediante la intervención, pero no se espera que ocurran cambios profundos en ellos. Los autores proponen buscar para el tratamiento denominadores comunes entre la situación precipitante y las circunstancias históricas; con ello, se determinarán las áreas conflictivas y se intervendrá en ellas (Bellack & Siegel, 1986).

### ***Eficacia de la psicoterapia breve psicoanalíticamente orientada como tratamiento para la depresión***

Sobre la eficacia de esta modalidad de tratamiento, se han realizado investigaciones en distintos lugares del mundo. En Nueva York, Hilsenroth, Ackerman, Blagys, Baity y Mooney (2003) estudiaron una psicoterapia psicodinámica relacional, aunque con algunas consideraciones técnicas del enfoque estructural, en pacientes de entre 22 y 36 años con diagnósticos del espectro de los trastornos depresivos (trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo no especificado, distimia y/o trastorno de adaptación con ánimo depresivo). Durante el tratamiento no se estableció la duración del mismo y su finalización se determinó a partir del juicio clínico del terapeuta, de la decisión del paciente, de los progresos alrededor de las metas propuestas y de los cambios en la vida del paciente. El promedio fue de 21 de sesiones en un período de cinco meses. Los resultados mostraron una reducción en los síntomas depresivos y en el malestar; las dificultades interpersonales disminuyeron; y el funcionamiento social y ocupacional mejoraron significativamente. Tanto los clínicos como los pacientes reportaron una mejoría clínica.

Por su parte, Knekt et al. (2008) llevaron a cabo un estudio en que compararon una psicoterapia psicodinámica breve (20 sesiones en cinco o seis meses, basada en la técnica del enfoque estructural) con una psicoterapia psicodinámica a largo plazo (dos o tres sesiones semanales durante tres años) y con una terapia breve centrada en la solución de problemas (una

sesión cada dos o tres semanas en no más de ocho meses), que se realizó en personas de 20 a 45 años de edad diagnosticadas con trastorno de ansiedad, trastorno depresivo mayor o trastorno de la personalidad, y quienes eran disfuncionales laboralmente, por lo menos durante un año; algunas de ellas también habían recibido inicialmente tratamiento medicamentoso. Tras un seguimiento de tres años, los investigadores encontraron que, en comparación con las otras intervenciones, los pacientes tratados con psicoterapia psicodinámica breve tuvieron durante el primer año una mayor mejoría en síntomas depresivos y de ansiedad. En el segundo año de seguimiento no se encontraron diferencias entre las intervenciones, y a los tres años de seguimiento la psicoterapia psicodinámica de largo plazo tuvo mayor eficacia.

A la par de las observaciones anteriores, al año de seguimiento, los pacientes de las intervenciones breves mostraron un autoconcepto más positivo y una mayor autonomía. Aunque durante el segundo año de seguimiento no se encontraron diferencias entre las intervenciones, a los tres años de seguimiento, en comparación con la terapia centrada en soluciones, la psicoterapia de largo plazo fue más efectiva con respecto a mejorar la autoaceptación, en disminuir el autocastigo y la culpa hacia uno mismo, en tanto que no se encontraron diferencias entre las psicoterapias psicodinámicas (Lindfors, Knekt, Virtala & Laaksonen, 2012).

En Italia, en pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad (trastorno de pánico, ansiedad generalizada, fobia social) o trastorno de depresión (depresión mayor, distimia), se investigó la eficacia de una psicoterapia breve psicodinámica derivada del enfoque estructural. Su duración fue de 40 sesiones y se comparó con el tratamiento habitual de medicación y entrevistas clínicas. Los pacientes que presentaban ansiedad grave e insomnio recibieron también medicación. En general, se observó que los pacientes que recibieron la intervención psicoterapéutica mostraron una mejoría moderada en la sintomatología y en problemas

interpersonales. A su vez, en los pacientes que recibieron el tratamiento habitual, la sintomatología disminuyó, pero no se observaron cambios significativos en problemas interpersonales (Bressi, Porcellana, Marinaccio, Nocito & Magri, 2010).

En México, López, López, Vargas y Villamil (2004) compararon, en pacientes con depresión leve a moderada, una terapia breve basada en el modelo de Bellack. Su duración fue de seis meses con el tratamiento habitual y con la combinación de ambos tratamientos. Emplearon cuatro grupos: 1. la administración de medicamento y una consulta por semana sin psicoterapia; 2. una sesión de psicoterapia por semana sin fármaco; 3. fármaco más psicoterapia; 4. placebo y una consulta semanal sin psicoterapia. Todas las intervenciones fueron evaluadas a lo largo de su duración. El hallazgo fue que la psicoterapia tuvo la misma respuesta terapéutica que el antidepresivo; tuvo un efecto menor que la terapia combinada; fue mejor que el placebo; y tanto la psicoterapia como el tratamiento farmacológico y el tratamiento combinado actuaron con la misma rapidez.

Leichsenring y Leibing (2007) realizaron una revisión sistemática de la psicoterapia psicodinámica breve comparándola con condiciones de grupo control (lista de espera o tratamiento usual). Encontraron que era eficaz para los siguientes trastornos: depresión mayor, depresión menor, personalidad *border*, bulimia, anorexia nerviosa, trastorno somatomorfo, estrés postraumático, dependencia al alcohol y dependencia a opiáceos. Los investigadores refirieron que la psicoterapia psicodinámica breve favorece la disminución de conductas interpersonales poco adaptativas, pero sólo en pacientes que dependen de la aprobación social. Además observaron que en los resultados de las intervenciones influyeron las técnicas terapéuticas y las habilidades del terapeuta, la transferencia y la alianza terapéutica del paciente.

Lewis, Dennerstein y Gibbs (2008) observaron en ocho estudios que la psicoterapia breve con enfoque psicoanalítico puede ser igual de efectiva, como tratamiento para la depresión, que otras terapias, como: terapia enfocada en soluciones; *counseling* no directivo; terapia interpersonal; y terapia cognitivo-conductual. Asimismo, los investigadores concluyeron que el uso de un manual como guía de la intervención no surtió un impacto negativo en los resultados y el uso de técnicas terapéuticas específicas se relacionó con el alivio de los síntomas depresivos.

Abbass, Hancock, Henderson y Kisely (2008) llevaron a cabo una revisión sistemática de 23 estudios en los cuales compararon la psicoterapia psicodinámica a corto plazo (de 40 sesiones o menos) con grupos control (lista de espera, condiciones de control mínimas y tratamientos de placebos). La revisión se realizó en trastornos de ansiedad, depresión, afecciones relacionadas con el estrés y ciertos trastornos de comportamiento, como problemas de alimentación y problemas interpersonales o de personalidad. En general, los autores observaron que en la mayoría de los trastornos hubo una mejoría significativamente mayor con la psicoterapia. Específicamente, en pacientes con depresión hubo efectos moderados en el corto, mediano y largo plazos con el tratamiento (los períodos de seguimiento del tratamiento variaron hasta cuatro años), pero los efectos del tratamiento sobre la depresión aumentaron en el seguimiento a largo plazo; lo mismo sucedió con los síntomas somáticos y generales.

Por su lado, Abbass, Town y Driessen (2012) realizaron un análisis de 13 estudios que examinaban la psicoterapia psicodinámica breve intensiva con enfoque estructural. Los investigadores observaron que en los estudios de depresión hubo una disminución significativa de los síntomas y que también mejoró el funcionamiento interpersonal; los cambios se mantuvieron además en el tiempo.

Los estudios mencionados muestran que la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica tiene efectos positivos en diversos trastornos psicológicos. Asimismo, en varias investigaciones ha mostrado influir en la mejoría de la sintomatología depresiva, además de ser de ayuda en distintas áreas de la vida de los individuos.

### ***Intervenciones de psicoterapia breve para jóvenes universitarios***

Tras revisar varias investigaciones, Hetherington (1999) considera que la psicoterapia breve con enfoque psicoanalítico puede ser adecuada para jóvenes adultos, pues en esta etapa de su vida enfrentan dificultades transitorias o crisis típicas, por lo que acudir a una psicoterapia de largo plazo podría evocar experiencias pasadas de gran dependencia. Una psicoterapia de corto plazo ayuda a los jóvenes a continuar con las tareas propias de su edad (problemas que interfieren con su trabajo académico y con su vida social en la universidad, y en los que están involucrados su autoestima, sentido de competencia y autonomía). A partir de un estudio de caso, la autora concluye que la psicoterapia breve favorece la visualización de uno mismo y la forma de interactuar con los demás, y posibilita diferentes caminos para enfrentar los problemas. Todo lo anterior se hace por medio de la transferencia, lo que permite establecer conexiones entre los mundos interno y externo.

En un estudio exploratorio llevado a cabo por Michel, Drepeau y Desplan (2003) en Suiza, se comparó a un grupo de estudiantes universitarios con síntomas de ansiedad y depresión que acudieron a atención psicológica, éstos fueron atendidos en cuatro sesiones de psicoterapia psicodinámica breve, con un grupo de pacientes psiquiátricos no hospitalizados. Si bien no se encontraron diferencias significativas entre los grupos, lo que se observó fue que en los estudiantes disminuyeron los síntomas de ansiedad y depresión. Una vez que concluyó la intervención psicoterapéutica, los pacientes se sintieron en general satisfechos con la intervención.



Consideraron que las cuatro sesiones los habían ayudado moderadamente y que se habían cumplido aceptablemente los objetivos terapéuticos fijados. La mayoría sintió que las sesiones sirvieron para ayudarles a cambiar y a mejorar sus síntomas.

En Chile, en una intervención de psicoterapia breve grupal para jóvenes universitarios, cuya característica principal fue la focalización del conflicto y en la cual los jóvenes refirieron como motivo de consulta dificultades de atención y concentración, y problemas para estudiar, se apreció –por medio de la evaluación de pruebas proyectivas antes y después del tratamiento-- que la naturaleza y la intensidad de la angustia del conflicto nuclear se mantuvieron sin cambios en el transcurso del tratamiento. Hay que señalar que incluso hubo quienes empeoraron, y no se observaron cambios en las defensas empleadas. Al respecto, el autor concluyó que la ansiedad y las defensas tienden a moverse juntas, por lo que no fue posible la reestructuración de estos dos aspectos ni tampoco la del conflicto nuclear (Arenas, 2005).

A pesar de ello, el autor reportó que algunos de los pacientes mostraron al término del tratamiento una mejoría para emplear la energía psíquica de manera consciente y para los propósitos propios de su vida actual. El autor supuso que los jóvenes canalizaron dicha energía para actividades relacionadas con el principal motivo de consulta, así como para lograr un mejor nivel de control y modulación de impulsos. Los jóvenes presentaron cambios en las relaciones interpersonales (relaciones de objeto más maduras), en la diferenciación del yo-mundo externo o bien en la interacción con sí mismos, y, según la hipótesis del autor, con una mejor integración de la personalidad de algunos aspectos antes escindidos, proyectados o negados (Arenas, 2005).

En Londres, en un estudio de tres años realizado en un programa de psicoterapia breve orientada psicodinámicamente (cuatro sesiones) para jóvenes de entre 16 y 30 años, con problemas emocionales y conductuales, con aspectos internalizados (ansiedad/depresión,

aislamiento, problemas somáticos), así como externalizados (ruptura de reglas y conductas agresivas), se vio una mejoría en la gravedad clínica de los problemas. Asimismo, aunque la psicoterapia fue más efectiva para los problemas internalizados, quienes terminaron las cuatro sesiones sí mostraron una mejoría en los conflictos externalizados en comparación con quienes no concluyeron todo el tratamiento (Searle, Lyon, Young, Wiseman, & Foster-Davis, 2011).

En Italia, jóvenes universitarios con problemas de ansiedad, problemas de adaptación y trastornos del estado de ánimo recibieron una psicoterapia con orientación psicodinámica con enfoque relacional. Se les dividió en dos grupos: uno donde los jóvenes fueron atendidos en menos de diez sesiones (media de cinco), y otro grupo en el cual recibieron más de diez sesiones (media de once). Aunque no se encontraron diferencias entre los grupos en cuanto al progreso de la terapia, la calidad de la relación con el terapeuta influyó en el proceso terapéutico, de tal manera que, en el grupo que recibió más sesiones, una relación fuerte del paciente con el terapeuta se asoció con el éxito del tratamiento. En cambio, en el grupo que recibió menos sesiones no ocurrió lo mismo y el acuerdo de tareas entre paciente-terapeuta pareció ser lo más importante en este segundo grupo (Gullo, Coco & Gelso, 2012).

A partir de esta revisión documental, la psicoterapia breve con orientación psicoanalítica, cuyos fundamentos parten de que el sujeto reconozca su manera de responder ante sus problemáticas y de que haya una movilización hacia el cambio, se revela como una alternativa para tratar el malestar depresivo, así como una intervención viable en el abordaje del malestar emocional de jóvenes universitarios.

## **II. Marco teórico**

### **1. Depresión: el malestar del sujeto desde una mirada psicoanalítica**

Desde la postura psicoanalítica, los síntomas dan cuenta del pasado del sujeto, aunque renovado a través de las experiencias situacionales actuales que vive. Desde este enfoque, la depresión se entiende como la representación de un síntoma de la subjetividad. Bleichmar (2005) define la depresión como un estado donde la representación de un ideal anhelado o deseado por el sujeto es inalcanzable o irrealizable. A su vez, el sujeto se encuentra fijado a este deseo y ello obstaculiza la posibilidad de desear algo más. La manifestación de la depresión corresponde a la condición de la pérdida de un objeto que representa ese ideal deseado: se pierde al objeto con el cual se satisfacía el deseo de amor, como sucede en la situación de duelo normal; o se pierde el amor del Superyó y/o de los objetos externos por no alcanzar el Ideal del yo, como en la depresión narcisista; o bien, el sujeto ha atacado o dañado al objeto de amor, con lo que se pierde su amor y también el amor del Superyó por haber transgredido al objeto, como sucede en la depresión culposa.

En la depresión hay un sentimiento de desesperanza por no poder realizar el deseo debido a que el sujeto se siente impotente para modificar su estado actual, lo que da lugar a la desmotivación de la realización de las acciones que tienden hacia el objeto del deseo. La depresión se manifiesta en la tristeza que refleja el dolor ante el pensamiento de lo irrealizable del deseo; en la inhibición de funciones yoicas asociadas con la renuncia a la realización del deseo por la imposibilidad que le ha atribuido el sujeto; en el autorreproche; o en la respuesta agresiva volcada hacia uno mismo por la frustración de lo irrealizable del deseo (y en el cual confluyen la agresión dirigida hacia otro, la culpa por el deseo de agresión y el vuelco agresivo contra el propio sujeto, castigándose a sí mismo por mandato del Superyó); en el llanto; o en la expresión de dolor

y de intento regresivo a épocas infantiles donde el llanto resultaba efectivo para obtener lo deseado (Bleichmar, 2005).

Para este autor, la depresión es un estado en que es muy grande la brecha entre el Yo real y el Yo ideal, el cual está en construcción en todo momento. Dado que el Yo ideal contiene las valoraciones de perfección representadas para sí mismo, la depresión surge a partir de que el sujeto está cubierto por un negativo del Yo Ideal, cargado de atributos no merecedores de ninguna valía para el sujeto mismo, es decir, no hay una identificación con el Yo Ideal dotado y entonces se desvaloriza el sujeto (Bleichmar, 2005).

Según las vicisitudes que sigue el deseo que se percibe como irrealizable, Bleichmar (2005) enuncia los siguientes subtipos de depresión: depresión predominantemente por pérdida de objeto, depresión predominantemente narcisista y depresión predominantemente culposa.

### **Malestar depresivo predominantemente por pérdida de objeto**

#### ***Duelo y tristeza***

El duelo, nos dice Freud (1917[1915]/2006), es la reacción frente a la pérdida del objeto y sólo es desencadenado por la pérdida real, es decir, la muerte del objeto (pérdida de una persona amada o de una abstracción que la represente), que se supera con el paso del tiempo. Ante un duelo, las energías del Yo son absorbidas; hay sufrimiento; el sujeto pierde la capacidad de elegir otro objeto de amor; su interés en el mundo externo se centra en lo que le recuerda al objeto; y hay inhibición de toda actividad que no tenga relación con el objeto perdido. Es decir, el mundo se ha empobrecido.

La inhibición del Yo se debe a que el sujeto está encerrado en sí mismo elaborando su trabajo de duelo, mientras que el dolor ocasionado por la pérdida surge porque la energía psíquica

depositada en el objeto rompe, o amenaza con romper, la barrera protectora del Yo. En tal caso, el Yo tiene que emprender una movilización de la energía, cosa que logra al reemplazar la barrera estancada por una barrera dinámica que distribuya dicha excitación energética (Laplanche, 2012).

Lo que sucede en el proceso de duelo por la ausencia real del objeto amado es que se le retira la libido que se había depositado en él, pero no sin que el sujeto se resista a ello y sin dejar de lado que el objeto perdido continúa en el plano psíquico a través de los recuerdos y las expectativas que se tenían de él. Este proceso de alejamiento de la libido implica un gasto de tiempo y de energía psíquica, pero, una vez que el sujeto libera la libido del objeto perdido, se desliga de él; el Yo recupera las funciones empobrecidas por la pérdida; el duelo desaparece sin dejar secuelas graves; el gasto de energía empleada en el proceso queda también disipado; se reconoce la realidad de que el objeto amado ya no está más; y el Yo se deja llevar por las satisfacciones narcisistas de la vida (Freud, 1917 [1915]/2006).

Según Laplanche (2012), en el duelo, el objeto falta, en el sentido de que ya no se tiene y en el sentido de que ha cometido una falta contra el sujeto por ya no estar con él. Entonces se le vuelve a investir temporalmente y hay un aumento de apego hacia el mismo con el fin de transformar la pasividad vivida frente a la falta sufrida para después intentar adueñarse activamente de la pérdida, y sea el sujeto quien retire al objeto de su vida actual. Este trabajo de duelo requiere una serie de mecanismos para desprenderse del apego al objeto. Así, hay un trabajo de fragmentación del objeto en las partes positivas y negativas; se da una idealización parcial del objeto; hay una desexualización del lazo afectivo; hay identificaciones parciales con el objeto, especialmente, con los aspectos positivos del mismo; y hay mecanismos de vinculación mediante los cuales se prosigue la obra realizada en común con el objeto, pero ahora abandonándolo.

Desde el punto de vista de Klein (1940/2013), en el trabajo de duelo el sujeto reincorpora dentro de sí a la persona perdida y reacomoda sus objetos buenos internalizados que se volvieron parte de su mundo desde las etapas tempranas, para contrarrestar el peligro de sentir que los objetos malos ponen en peligro su mundo interno. En el trabajo de duelo, el dolor y la desesperación frente a la pérdida del objeto son la causa de la reconstrucción e integración del mundo interno que se siente en riesgo de deterioro. Esos sentimientos surgen también por la modificación de los vínculos que el sujeto establece con el mundo externo, pues al ir renovándolos también revive constantemente la pérdida del objeto por las ligazones que hay entre el objeto con la realidad, los recuerdos y la libido.

Para defenderse de que los sentimientos de odio que dirige hacia el objeto perdido no se vuelvan en su contra, el sujeto pone en marcha un mecanismo de idealización, y engrandece la bondad y las cualidades del objeto. Esto tranquilizaría y aliviaría el dolor en caso de que el sujeto llegara a desplazar la creencia en la bondad del objeto por la creencia en el surgimiento de odio del objeto hacia el sujeto. Aquí también es necesaria una idealización para que el objeto no se convierta en persecutorio y vengativo. Mediante la confianza en las relaciones externas, el sujeto va reconstruyendo la confianza en la persona amada perdida, y deja de temer una venganza, se expulsan los sentimientos y los objetos malos internos, y resurge el amor. Esto contribuye a la recuperación de los objetos internos y externos, a una mayor seguridad en el mundo interno, y se restablecen los procesos de esperanza y recreación; con esto queda contenido el proceso de duelo (Klein, 1940/2013).

### ***Características del malestar depresivo predominantemente por pérdida de objeto***

En la depresión por pérdida de objeto, el conflicto se origina por un duelo normal. Los sentimientos de inferioridad y/o de culpa no son los predominantes, pues los que más se

manifiestan son los de tristeza y pérdida. En este malestar, el ideal se coloca en que el objeto esté presente, sano, feliz y en su estado de vida eterna (Bleichmar, 2005). Lo que puede suceder en este caso es que, ante un elevado ideal de bienestar y felicidad del objeto comparado con el objeto real, se observa una diferencia, y el bienestar y la felicidad del objeto se viven como insuficientes. Puede suceder, también, que la representación que se hace el sujeto del estado del objeto no alcance los niveles normales de ese ideal. Por tanto, el sujeto lo vive como perdido, dañado, y el objeto no tiene la oportunidad de alcanzar un estado ideal, como sucede en el duelo por la muerte de un ser querido en que el ideal es de vida eterna y el anhelo se da porque el objeto no puede alcanzar dicho ideal (Bleichmar, 2005).

### **Malestar depresivo predominantemente narcisista**

#### ***Narcisismo e Ideal del Yo***

Hay un estado primario en la constitución del Yo: el narcisismo primario. Aquí, el Yo queda recubierto por una omnipotencia absoluta al contener la totalidad de la investidura libidinal, y las pulsiones sexuales se satisfacen de manera autoerótica. Sin embargo, cuando el *infans* acepta la presencia de la madre (objeto externo), proveedora de satisfacciones y de bienestar, parte de esta libido se dirige hacia ella y la inviste de libido. El Yo se va construyendo conforme se distancia del narcisismo primario, pero se mantiene en una intensa y permanente aspiración de recobrarlo (Freud, 1914/2006).

Los padres invisten libidinalmente al bebé desde su nacimiento. El deseo y el propio narcisismo de los progenitores están depositados en esa investidura; tienden a atribuirle una perfección; y presuponen que éste alcanzará las metas no conseguidas por ellos. A su vez, el bebé se identifica con esto, identificación que se manifiesta en el narcisismo infantil. Ese narcisismo infantil se desplaza después al Yo ideal en el que recae el amor hacia sí mismo. Ahora el Yo ideal

está cubierto por todas las perfecciones valiosas a las cuales se ha negado a renunciar el sujeto. Asimismo, es una identificación primaria con la madre, el primer lazo afectivo con ella (Freud, 1914/2006). Este Yo ideal es un Yo llevado a la idealización de su omnipotencia del *infans* que implicará reconocer que en la construcción de la subjetividad “está el niño que uno *es* y está el niño que el *otro* (los progenitores) tiene” (Laplanche, 2012, p. 287).

Posteriormente, cuando se presenta el complejo de castración por la acción de la represión en el periodo del Complejo de Edipo, hay un empobrecimiento del Yo, pues el amor erótico hacia los padres al que aspira el niño es imposible. El re-enriquecimiento del Yo sólo es posible mediante una reversión de esa libido sobre sí mismo, con una regresión al narcisismo en que son indiferenciables la libido yoica (libido que se vuelca sobre el mismo Yo) y la libido objetal (parte de la libido yoica que se coloca en los objetos cuando los inviste) (Freud, 1914/2006). Cuando se reprimen esos impulsos sexuales hacia los padres, se inscribe la identificación secundaria. El Yo adopta entonces los rasgos de los padres y se impone a sí mismo como objeto de amor. El narcisismo así reincorporado al Yo es un narcisismo secundario sustraído de los objetos (Freud, 1923/2006). Ese repertorio de perfecciones del Yo ideal se coloca en el Ideal del yo a través del cual el sujeto procura recobrar la perfección narcisista (Freud, 1914/2006).

El Ideal del yo resguarda y proyecta el narcisismo perdido de la infancia cuando el sujeto mismo fue su propio ideal. De éste surge el sentimiento que de sí tiene el Yo. Este sentimiento se alimenta de todo lo que el sujeto posee o ha alcanzado y también del sentimiento de omnipotencia infantil (residuo de ese narcisismo originario), que es corroborado por la experiencia o, lo que es lo mismo, que es confirmado por el cumplimiento del Ideal del Yo. En el mismo sentido, la elección de objetos acordes al Yo y la satisfacción que dan estos objetos envuelven ese sentimiento de sí (Freud, 1914/2006).



El Superyó se encarga de la observación del Yo midiéndolo con el Ideal del yo. La conciencia moral del Superyó se construye bajo la influencia de la crítica de los padres, a la que se suma después la crítica de la sociedad. Más adelante, esa voz crítica ya no proviene de afuera, sino que es la propia voz del sujeto; esa autocrítica es la observación que ha edificado sobre sí el sujeto (Freud, 1914/2006). El Yo nunca podrá alcanzar totalmente las aspiraciones del Ideal del Yo y, por lo mismo, el Superyó siempre tendrá motivos para castigarlo (Freud, 1930 [1929]/2006): “el sentimiento normal de culpa, consciente (conciencia moral) no ofrece dificultades a la interpretación; descansa en la tensión entre el yo y el ideal del yo: es la expresión de una condena del yo por su instancia crítica” (Freud, 1923/2006, p. 51). Sin embargo, el sujeto no se siente culpable por ello, no da cuenta de este sentimiento y la culpa se presenta en el síntoma y, como dice Freud (1923/2006), probablemente de ahí provengan los sentimientos de inferioridad.

Es decir, los sentimientos de inferioridad están en el sistema Yo-Yo ideal/Ideal del yo. El Yo ideal pone en juego al narcisismo, se genera tensión entre el Yo y la imagen narcisista que tiene de sí mismo. Ante la inferioridad, el sujeto sufre por no responder a su propia expectativa y eso genera una tensión interna “que reproduce la relación del niño impotente con el adulto omnipotente” (Lagache, citado en Laplanche, 2012, p. 332).

### ***Características del malestar depresivo predominantemente narcisista***

Para que haya una depresión con predominancia de sentimientos de inferioridad, tuvo que haberse presentado una tensión narcisista producida porque el Yo real se compara con el Ideal del yo al que no ha podido alcanzar porque lo que impera es una dialéctica dicotómica: todo-nada. Esto puede traer como consecuencia que incluso un triunfo desencadene tensión porque el sujeto no lo vive como tal. Dicho suceso es un momento de evaluación que se valora como derrota al

compararlo con el Ideal del yo. Otra posibilidad es que los éxitos obtenidos por otra persona sean colocados en el Ideal del yo y la comparación con el otro origine en el sujeto la vivencia de que no alcanzó ese ideal (Bleichmar, 2005).

Ante estas posibilidades, el Yo pone en marcha en un principio mecanismos para que la tensión no provoque un colapso narcisista que produciría cuadros psicopatológicos, entre los que podría estar la depresión. Entre estos mecanismos, las compensaciones (fantaseadas o reales) o los sustitutos simbólicos de lo que el sujeto siente que no tiene le permiten establecer una relación más armónica entre el Yo y el Ideal del Yo. Otro recurso puede ser también que el Yo ponga en marcha mecanismos de defensa para disminuir su recriminación narcisista (Bleichmar, 2005).

Si a pesar de usar estos recursos el Yo cae en un colapso narcisista, puede originarse un malestar depresivo porque el Yo no cumple con el ideal narcisista de perfección o de valoración de sí mismo (Ideal del Yo). De este modo, el Yo pasa a ser el negativo de ese ideal o el Yo parcial (rasgos de él) se convierte en un Yo total que queda representado del lado de la nada por no alcanzar al Ideal del yo. El Yo deja entonces de ser amado por el Superyó e irrumpen los sentimientos de inferioridad. Este tipo de depresión también puede darse cuando el sujeto pierde un objeto al que ha elegido narcisísticamente, que, al verse despojado de él, se pierde a sí mismo (Bleichmar, 2005). Es una depresión con sentimientos de incapacidad, de inadecuación y de desvalorización (Laplanche, 2012).

En este tipo de malestar, el sujeto dirige la agresión hacia sí mismo, se odia; la angustia originada reproduce la representación que tiene de sí mismo el sujeto: el Yo representación (conjunto de representaciones y afectos que el sujeto tiene de sí mismo) no es como lo anhela y el Yo función (encargado de poner en marcha las funciones del sujeto) sufre la angustia. El conflicto recae entre el Yo (valorización al Yo-representación) y el Ideal del yo, con los consabidos

castigos del Superyó al narcisismo por no cumplir con las metas de ese Ideal del yo. Estas metas pueden ser elevadas, mantenerse en un dinamismo constante, o bien el Yo-representación se siente incapaz de alcanzarlas. Puede suceder, también, que ni el Ideal del yo ni el Yo sean organizaciones estables y que se construyan en función de las oscilaciones del amor y el odio que se tiene en cada momento el sujeto, quien, a partir de la agresión que dirige hacia sí mismo, edifica ideales tan elevados para que no se cierre la brecha entre el Yo y el Ideal del Yo. También puede darse el caso de que la desvalorización del Yo-representación no permita siquiera que se aproxime al Ideal del Yo (Bleichmar, 2005).

En este tipo de depresión, el sujeto sufre, principalmente, una insuficiencia en su *ser* mismo. Las frustraciones relativas a lo que hubiera podido *tener* quedan en segundo lugar, se juzga mal a sí mismo porque aprueba las críticas del Superyó y se condena permanentemente sintiéndose incapaz, mientras que el Ideal del Yo conserva una imagen de cualidades perfectas de las que el sujeto se siente desprovisto y las exige para sí; es un Ideal que invade al Yo y éste pierde su autonomía (Pasché, citado en Goldber, 2009). El sujeto se queja de su insuficiencia, de lo que no tiene o cree no tener y atribuye a esas carencias su vulnerabilidad. El tener y el ser se superponen; el ser implica poseer el máximo de capacidades; ser para tener más; y tener más para ser capaz de hacer frente a las agresiones internas y externas (Goldberg, 2009).

La decepción de no ser acorde a ese ideal origina un proceso de duelo. Ha habido una interiorización del Ideal del yo de los padres y del odio y la nostalgia del Yo ideal que se compara con el Yo real. En pocas palabras, en la depresión el sujeto es para sí mismo su propio objeto perdido, y se va defraudando como defraudó a sus padres que esperaban un niño maravilloso (Goldberg, 2009).

En el proceso de duelo por el Yo que no ha podido alcanzar ese ideal, pueden surgir defensas maníacas, junto con un empobrecimiento de la vida emocional, un deterioro del sentimiento de identidad, un incremento del odio, tendencias destructivas y envidia hacia los demás. El otro camino posible es que el sujeto utilice su capacidad de amor y confianza en sí mismo para mitigar el odio y los impulsos destructivos a fin de reparar lo que siente que se ha dañado, contrarrestar los temores de muerte con los deseos de vivir, neutralizar la envidia con la admiración y la gratitud, y lograr que renazca en él la esperanza con la sensación de que la angustia del duelo se puede tolerar (Grinberg, 1978).

Dos aspectos muy importantes son la relación que el sujeto guarda con los objetos externos y el empleo de los mecanismos de identificación proyectiva e introyectiva que favorecen la elaboración del duelo del Yo. Como resultado de la elaboración del duelo del Yo y de los objetos, habrá una integración progresiva del Yo, pero si lo que predomina es la angustia persecutoria, el Yo estará en riesgo de derrumbarse hasta regresiones más primitivas (Grinberg, 1978).

### **Malestar depresivo predominantemente culposo**

#### ***Culpa y Superyó***

Los sentimientos sociales se han adquirido filogenéticamente y se transmiten por medio de la religión y la ética. Estos sentimientos construyen el Superyó que procura reprimir los impulsos de rivalidad y de hostilidad hacia los demás (Freud, 1923/2006). Las acciones del Yo están en función de la adaptación a esas exigencias de lo social, representado por los primeros objetos que se le presentan al sujeto (los padres) y de los procesos de identificación con esos objetos; si bien estos procesos nutren al Yo, también lo hacen con el Superyó (Laplanche, 2012). Además de tener un componente individual, el Superyó tiene este componente social y, de igual manera que el

primero, el componente social proclama un mandamiento y una obediencia sin preguntar al sujeto si podrá realizarlo; cuanto más difícil sea la obediencia al precepto, más meritorio será obedecerlo (Freud, 1930 [1929]/2006).

Al ligarse la libido narcisista a este componente social, el incumplimiento de ese ideal social es devuelto después al Yo como conciencia de culpa o angustia social, angustia de la conciencia moral, la cual originariamente fue angustia frente al castigo de los padres, es decir, la pérdida del amor de éstos, quienes posteriormente son reemplazados por el resto del entorno social (Freud, 1914/2006). La conciencia moral surge de una acción represiva originada por una prohibición o un impedimento de los padres y de la sociedad, que el Yo representa en la enfermedad (Freud, 1914/2006). Así, la conciencia moral se exterioriza en el sentimiento de culpa y en el arrepentimiento del Yo al sentirse transgresor. Se encarga de vigilar, enjuiciar y censurar las acciones y propósitos del Yo, y el sentimiento de culpa es la percepción del Yo de ser vigilado (Freud, 1930 [1929]/2006).

Inicialmente, no importa que el niño haya hecho o quiera hacer algo malo: el peligro es similar. En ambos casos, lo vive como tal cuando la autoridad paterna lo descubre. Cuando la autoridad se interioriza en el Superyó, nada puede ocultársele, ni siquiera los pensamientos que amenazan al Yo con los mismos sentimientos de angustia que originariamente vivió ante la autoridad parental. Pero eso no es todo. Esta instancia espera oportunidades para castigar al Yo: las frustraciones vividas externamente promueven el poder y las exigencias de la conciencia moral y el Superyó imponen abstinencias y torturas al Yo (Freud, 1930 [1929]/2006).

Estos sentimientos de culpabilidad pertenecen al sistema Superyó-Ideal del yo, que responde al modelo de una relación vincular con otro donde el sujeto se enfrenta a dos instancias que se hallan en una situación complementaria entre el modelo a seguir (Ideal del yo) y la ley a

obedecer (Superyó). En la medida en que la expectativa de los otros deviene la propia expectativa interiorizada del sujeto, el Superyó actúa como la autoridad bajo la cual el Ideal del yo debe conducirse para responder a la expectativa de esa autoridad. Por consiguiente, estos sentimientos de culpabilidad o de insuficiencia moral se sitúan en un ideal de obligaciones que se ligan más a la ley y a la ética (Lagache, citado en Laplanche, 2012).

### *Características del malestar depresivo predominantemente culposo*

Bleichmar (2005) explica que en el malestar donde prevalecen los sentimientos de culpabilidad, el Yo se encuentra ante la disyuntiva de, por lo menos, dos opciones: dañar y/o perjudicar o no al objeto. El sujeto opta por la opción que transgrede la norma de no dañar y se vive como responsable con subsecuentes sentimientos de culpa por no haber optado por la otra posibilidad. En este malestar hay un doble componente. Por un lado, el juicio sobre el Yo-representación como agresivo y la subsecuente brecha entre el Ideal del yo que reclama que no lo sea y, por otro, el estado en que el sujeto deja al objeto. El primer componente implica al segundo, mientras que la presencia del segundo no necesariamente implica al primero, y el objeto puede estar dañado sin que haya un Yo-representación como agresivo.

En la génesis de este malestar depresivo está la presencia de un elevado ideal narcisista de no agresión y de bienestar del objeto, y cualquier acto que el sujeto acometa en contra de éste (en la realidad o la fantasía) es vivido como agresión. Que el sujeto quede identificado con la representación de malo o agresivo (ya sea por una identificación con figuras culposas o por identificarse con la representación inducida por figuras importantes) repercute en la génesis de este tipo de depresión. La agresividad de la conciencia crítica es otro factor que contribuye a que no se cierre la distancia entre el ideal de no agresión y del Yo-representación como transgresor de la norma (Bleichmar, 2005).

En este malestar, la vivencia de angustia en el Yo-función se debe a la preocupación que se tiene por la representación del objeto y por el estado en que se encuentra el Yo-representación como consecuencia de los ataques que realizó en contra del objeto. Por consiguiente, el conflicto psíquico hace referencia a la crítica que el Superyó hace al Yo por la transgresión de la norma (Yo-representación que daña al objeto y el estado en que lo ha dejado) (Bleichmar, 2005).

Frente a ese daño, el sujeto puede perder al objeto y se hace a sí mismo responsable de esto; entonces cambia la idea de que el objeto lo ha abandonado por la idea de ser responsable y culpable de su pérdida y/o destrucción. Es decir, hay un movimiento entre actividad y pasividad en que el sujeto se coloca en una posición intermedia. Así, el sujeto enuncia “yo me hago sufrir” por autocastigo, pero también hace intervenir al objeto perdido enunciando “yo hago sufrir en mí al otro que allí he metido” (Laplanche, 2012, p. 281).

Klein (1935/2013) explica que en la depresión el sujeto está lleno de dolor y de angustia cuando pierde al objeto amado. La angustia ante la pérdida se debe a que el Yo se identifica con los objetos buenos internalizados y, simultáneamente, se percata de que es incapaz de proteger y preservar al objeto contra los ataques de los objetos persecutorios internos. Una vez que hay una distinción bien marcada entre los objetos buenos y los malos, el sujeto busca reparar a los primeros tratando de compensar con amor y sacrificios todos los ataques sádicos cometidos contra ellos, y el odio se va dirigiendo cada vez más hacia los objetos malos; Sin embargo, una frustración, por ejemplo, puede causar que se anule temporalmente la diferencia antes mencionada y entonces el sujeto pierde a los objetos buenos.

Al temor de dañar o de haber dañado culpablemente al objeto bueno, se asocia lo que se puede lograr en los sucesivos intentos por restaurar al objeto en la reparación de la pérdida (Klein, 1937/2013). No sólo el odio pone en peligro al objeto, sino también el amor: “amar un objeto y

devorarlo está íntimamente relacionado” (Klein, 1935/2013, p. 271). La lucha del Yo por salvar a los objetos amados se vuelve más intensa cuanto mayor es la ansiedad por perderlos. Del mismo modo, cuanto más se dificulta la tarea de reparación del objeto, el Superyó también tiende a exigir más (Klein, 1935/2013).

La depresión se origina cuando el sujeto siente que ha fracasado en su intento por poner a salvo un objeto bueno internalizado. Una de las posibles razones por las cuales el sujeto no salva al objeto es porque el Yo ha sido incapaz de vencer su miedo a los perseguidores internalizados por diversos factores: debido a las persecuciones y exigencias de los objetos; los ataques entre los objetos; las exigencias de los objetos buenos y la necesidad del Yo por aplacarlos y protegerlos; el consecuente odio por hacer esto; y la incertidumbre de que un objeto bueno se transforme en uno malo. Todo lo anterior ocasiona que el Yo se sienta prisionero de exigencias imposibles y contradictorias, y que el Superyó se muestre con gran severidad (Klein, 1935).

Dice Grinberg (1978) que, en la elaboración del duelo por el daño o pérdida del objeto, es necesario haber elaborado previamente el duelo por la pérdida o por los daños infligidos a algunas partes del Yo. En toda pérdida de objeto hay una pérdida inconsciente del Yo que se encontraba ligada a ese objeto. Lo doloroso y lento de la elaboración del duelo dependerá de la conexión entre la culpa y la angustia, y de la vivencia del objeto como amenazante para el Yo. La tendencia reparatoria frente al Yo y a los objetos será lo que favorezca el retiro de la libido del objeto y el empleo de ésta para establecer nuevas relaciones objetales.

El anterior recorrido teórico ha hecho hincapié en las características de cada subtipo de depresión. De esto se desprende que, aunque lo que caracteriza a cada una de éstas son predominancias, en los subtipos se hallan rasgos de una y otra que se imbrican entre sí.



## **2. Psicoterapia y construcción de narrativas**

Cuando se habla de psicoterapia, también se habla de un tiempo en la historia de los participantes, esto es, el paciente y el terapeuta. La psicoterapia inicia con la búsqueda de ayuda que realiza un sujeto frente a un malestar vivido en un momento específico. Mientras el paciente narra sus experiencias, el terapeuta escucha e interviene, y así se va construyendo un proceso que dura un lapso convenido entre los participantes (Calviño, 1998). Esta interacción promueve la resignificación de las experiencias del paciente e implica aprehender, según los efectos del tiempo, la historia del paciente y el acontecer del proceso psicoterapéutico.

La psicoterapia busca comprender las sucesiones temporales (diacronía) en la historia del sujeto, realizando un recorrido histórico individual que retome los cambios sucedidos en un tiempo cronológico y en las etapas evolutivas del desarrollo. Para ello considera el contexto familiar-social que envuelve al sujeto en la constitución de su estructura psíquica, sin olvidar que estos cambios no son lineales, sino que son atravesados por rupturas, fronteras y cortes coexistentes (sincronía). Es decir, el proceso psicoterapéutico busca indagar en la vivencia del paciente en las etapas libidinales y la interrelación entre la asimilación de éstas y el conjunto de acontecimientos vividos simultáneamente con ellas, cuyas consecuencias se determinan en un tiempo posterior, en las resignificaciones o creaciones de nuevos sentidos dados a los acontecimientos (Schetjman, 2015; Vargas, 2010).

Respecto al proceso psicoterapéutico en sí, el enfoque diacrónico o evolutivo lleva a reconstruir el proceso en un momento posterior a éste. También conduce a analizar el desarrollo, los momentos y las maneras en que se fue dando la relación de los sucesos ocurridos durante dicho proceso, donde la historia del paciente se integró a la experiencia de cada sesión y al

conjunto de las mismas, que construyen el proceso como un todo (Largo, 1988). Desde esta perspectiva, un análisis intersesión explicaría los efectos resultantes del proceso (Calviño, 1998).

Por su parte, el estudio de las relaciones coexistentes en sesión, o sincronía en psicoterapia, señala el tiempo en que el sujeto busca y consulta al terapeuta por sus síntomas y las representaciones e impacto de éstos en su vida y en su entorno (Schetjman, 2015; Vargas, 2010). Pensar en la sincronía significa también indagar en lo que está ocurriendo en el aquí y ahora de la sesión, en el encuentro entre el paciente con su realidad interna y externa, y el terapeuta quien contiene y traduce la angustia, el sufrimiento y las experiencias emocionales narradas por el paciente (Largo, 1988). Desde esta perspectiva, los efectos logrados a partir de las producciones narrativo-simbólicas se analizan en cada sesión (Calviño, 1998).

Diacronía y sincronía se entrelazan en el proceso psicoterapéutico: “se producen por la dinámica interna propia de la sesión y de la sucesión de sesiones, como de ciertas acciones” (Calviño, 1998, p. 17), realizadas por el terapeuta y el paciente. En este sentido, el objetivo de la psicoterapia es comenzar a construir significados de los síntomas y de las problemáticas que aquejan al paciente, relacionándolos con su subjetividad en ambos ejes temporales para que adquieran sentido e inclusión biográficos.

### **Las narrativas en psicoterapia**

Las narraciones son parte de la construcción del proceso psicoterapéutico psicoanalítico. La aproximación narrativa supone que los acontecimientos de la vida cotidiana van adquiriendo sentido a partir de los significados que les va confiriendo el sujeto en su interacción con los otros. Estos relatos se construyen cultural e históricamente a partir de acontecimientos relevantes para el individuo y en contingencia con la interrelación con otras personas. La construcción de estos relatos va permitiendo al sujeto identificarse con los demás y con sí mismo: “las narraciones, más

que reflejar, crean el sentido de ‘lo que es verdad’” (Gergen, 1996, p. 235). La perspectiva narrativa considera que los acuerdos de las conversaciones de determinada relación social construyen la comprensión del Yo. Así, se van construyendo autonarraciones que explican la verdad y se convierten en realidad; la existencia se constituye con base en una estructura de narrativas, que pueden ser funcionales en ciertos contextos, pero problemáticas en otros (Gergen & Kaye, 1996).

Retomando este enfoque, la psicoterapia se convierte en una construcción social en que cobran sentido el uso lingüístico y la experiencia emocional (Gergen & Kaye, 1996). Las narrativas pueden ser un elemento esencial del proceso psicoterapéutico para ir comprendiendo el malestar que aqueja al sujeto, cómo fue su desarrollo y cómo va cambiando en psicoterapia (Gonçalves & Machado, 2000). El terapeuta se convierte en una nueva relación del paciente y lo exhorta a explorar diversos medios de comprensión, sin considerar ninguno de éstos como representante de la verdad del Yo. Se trata de trascender la narración a partir de reescribir o transformar los significados de las experiencias que aparecen en la reconstrucción histórica, buscando posibilidades disponibles y diferentes. Mediante las intervenciones terapéuticas y la participación del paciente se busca sustituir una narración problemática con la creación de otra más funcional, elaborando maneras alternativas de interpretar y explicar las experiencias. Con ello se espera que se modifique o sostenga el contexto social (Gergen, 1996; Gergen & Kaye, 1996).

Se trata de que el paciente vaya ordenando e integrando la experiencia terapéutica, construya tramas incorporando los acontecimientos, que les dé un sentido, y vaya estructurando, simultáneamente, una identidad narrativa, o sea, el significado personal del paciente que va transformando su narración sintomática en una narración terapéutica, donde la representación del síntoma o la problemática vivida externa a la experiencia del sujeto pasa a formar parte ahora de

una trama con “hechos, sucesos, personajes, motivos e intenciones desplegados y entrelazados en un cierto orden, que se va haciendo cada vez más comprensible” (Miró, 2005, p. 13). De esta manera, las narrativas emocionales van adquiriendo un significado personal y, entre los factores demostrativos del cambio terapéutico se espera un aumento de la diversidad y complejidad de esas narrativas promovido por la interacción entre paciente y terapeuta (Gonçalves & Machado, 2000).

En la interacción de la psicoterapia psicoanalítica participan también las narrativas del terapeuta, surgidas de sus intervenciones y de las vivencias y elaboraciones teóricas de los enlaces continuos y organizados a partir de la decodificación, transformación y reconstrucción del material narrativo del paciente (De León, 1998). En la psicoterapia, el paciente comienza un juicio reflexivo con el que busca establecer un orden que transite el discurso de su historia con la que llega al comienzo del tratamiento, después va configurando una estructura narrativa sobre los relatos que lo constituyen y construyen como sujeto, y a los que va dando sentido, para llegar a la creación de un nuevo relato sobre la comprensión de sí al finalizar el proceso psicoterapéutico (Cruz, 2013).

En la situación terapéutica, la escucha del terapeuta es diferente a la de las conversaciones comunes. No sólo es la escucha de las palabras en sí, sino también las expresiones simultáneamente presentes en ellas y la manera en que las profiere la persona. En los intercambios entre los participantes, el paciente modifica con la palabra su relación con sus propios procesos psíquicos. Logra lo anterior mediante la elaboración de sus propias narrativas, la transformación de sus experiencias y la modificación de su conocimiento subjetivo, incorporando a todo ello experiencias anteriores, sus sentimientos de dolor y los comportamientos que interfieren en su vida (Rizzuto, 2003). En esa intersubjetividad y mediante la acción terapéutica, entre analista y

paciente se busca un aumento de la satisfacción y una disminución de la angustia de la vida. Una sensación de mayor bienestar después de este trabajo puede ser un indicador del buen resultado del proceso psicoterapéutico (Renik, 2007).

La elección de la narrativa que se presente en la psicoterapia depende tanto del paciente como del terapeuta. Para el terapeuta, la elección se verá influida por el bagaje teórico, implícito y explícito, que sostiene su actividad terapéutica. En el caso del paciente, la elección implicará ir contando la emoción o secuencia de emociones que desea expresar o desea ver expresadas con ayuda del analista (Ferro, 2005). En este sentido, la aproximación narrativa concibe la situación analítica como un campo dinámico en que los procesos ocurridos en el escenario terapéutico siguen el camino de la búsqueda de los contenidos del decir del paciente, incluyendo las respuestas emocionales y el *insight*, el modo en que el terapeuta va interviniendo y la naturaleza de los procesos de transferencia y contratransferencia (De León, 1998).

Sin perder de vista que cada experiencia de la psicoterapia va a estar determinada por aquello a lo que el paciente atiende en un momento de su vida y que el proceso terapéutico se va construyendo con las experiencias que este mismo va seleccionando en cada momento, al final del tratamiento se tiene un nuevo relato que se ha generado al poner en palabras lo que en su momento preocupó al paciente durante el tratamiento (Cruz, 2013). Las narrativas de contenidos nuevos u organizados de manera diferente son signos de que ha tenido lugar el cambio; son nuevas comprensiones que cumplen la posibilidad del cambio. Lo importante de estas nuevas comprensiones, sean del terapeuta o del paciente, no es tanto su contenido novedoso que aflora en sesión, sino la manera de sentir, relacionarse, ver y decir de manera diferente del paciente. Estas nuevas historias ayudan a abrir nuevas narrativas que propician otros sucesos clínicos, cuyos resultados relacionales no son lineales, sino impredecibles (Stern, 2009).

La aportación del terapeuta consiste en que, en esa interacción con el paciente, está disponible para construir un contexto significativo que impulse el cambio. Para ello participa sosteniendo y conteniendo el recorrido de descubrimiento y comprensión que el paciente hace de su historia. Esto es posible gracias al encuadre terapéutico mediante el cual se van reconstruyendo los vestigios del pasado del paciente con un sentido que emerge en el presente, situados en una narrativa histórica (Ávila, 2013).

En esta dialéctica narrativa, el cambio subjetivo implica la modificación de las representaciones iniciales que el paciente tiene de sí y de su contexto. Es decir, de sus teorías subjetivas con las que ha explicado, interpretado, justificado y juzgado sus experiencias y sus relaciones con los otros (Krause et al., 2006). Krause et al. (Krause, 2005; Krause et al., 2006) mencionan que en esas nuevas explicaciones y comprensiones del paciente se deben considerar los factores que han influido en el cambio (¿por qué cambian?), el contenido del cambio (¿qué cambian de ellas?), los mecanismos (¿cómo cambian?) y los indicadores de cambio (¿cómo se puede dar cuenta del cambio?), descritos en momentos y episodios relevantes del proceso psicoterapéutico donde se expresan la transformación de las explicaciones y las interpretaciones de sus problemáticas y su malestar.

El espacio terapéutico es un camino para resignificar las experiencias, donde terapeuta y paciente interactúan, y esa intersubjetividad se refleja en las narraciones de ambos en el aquí y ahora de la situación terapéutica, pero también a posteriori en la construcción del proceso.

La psicoterapia con la que se trabajó en esta investigación se estructuró como un modelo de intervención breve con enfoque psicoanalítico en el cual se retoman los subtipos de depresión descritos por Bleichmar (2005): predominantemente por pérdida de objeto, predominantemente narcisista y predominantemente culposa.

### III. Planteamiento del problema

En México, la preocupación por la salud mental se ha convertido en parte de la serie de políticas encaminadas a buscar el bienestar de la población. Ante el surgimiento de estas disposiciones, la Universidad Nacional Autónoma de México --preocupada por la salud integral de su población estudiantil-- ha diseñado programas de prevención e intervención. Uno de los programas de intervención que ha puesto en marcha es el “Espacio de Orientación y Atención Psicológica” (ESPORA Psicológica), cuyos objetivos son:

1. Proporcionar un servicio de atención psicológica especializada a los alumnos en la modalidad de psicoterapia breve desde la perspectiva psicoanalítica.
2. Fungir como una red, un espacio donde, además de ser atendidos los aspectos psicológicos, puedan ser detectadas otras problemáticas de la población estudiantil para que se puedan ofrecer alternativas adecuadas que contribuyan a la solución de dichos problemas.
3. Alcanzar un adecuado funcionamiento que sirva para almacenar y analizar la información obtenida en la clínica para poder:
  - a) Presentar ante las autoridades informes sustentados en información, tanto cualitativa como cuantitativa, de las problemáticas generales existentes, lo que a su vez pueda contribuir para que se desarrollen e implementen estrategias específicas ante dichas problemáticas.
  - b) Generar investigación en el campo de la Psicología Clínica.
  - c) Crear un mecanismo de evaluación del servicio por parte de las autoridades, los alumnos y del propio equipo clínico (ESPORA Psicológica, 2012, p. 1-2).

El servicio comenzó a funcionar en 2011 y de ahí hasta 2013 se observó que el motivo de consulta más reportado por los alumnos fue depresión. En el periodo escolar 2013-2, de 202 alumnos atendidos, 27% reportó como motivo de consulta depresión/tristeza; seguido por problemas emocionales/psicológicos (18.4%): problemas escolares (18%), como problemas para concentrarse, problemas de atención y dificultades para estudiar; el cuarto lugar lo ocupó el motivo de consulta de problemas de autoestima (15.4%); seguido por problemas familiares (11.2%); y ansiedad (10.9%). Los motivos de consulta relacionados con la elección de carrera se reportaron con menor frecuencia (6.4%) (ESFORA Psicológica, 2013).

En cuanto a la sintomatología, el equipo clínico de trabajo determinó que 83% de los pacientes manifestaban tristeza, 66% problemas de autoestima, 65.7% problemas de insatisfacción, 63.8% sentimientos de enojo, 60.8% estrés, 60.1% problemas para estudiar, 55.5% síntomas de ansiedad, 49.4% problemas para relacionarse, 29% exigencias elevadas, 28.6% sentimientos de desesperanza, 20% miedo a participar, 15.1% ideación suicida, y el 3% había tenido un intento suicida (ESFORA Psicológica, 2013).

En estos datos se puede observar que el malestar depresivo es un problema en que, además de ser reportado por los jóvenes, la sintomatología detectada por los terapeutas coincide con la presencia de éste. Frente a esta situación, se resaltó la importancia de realizar un estudio que explorara los resultados de una psicoterapia de orientación psicoanalítica focal y breve para casos de malestar depresivo, que diera respuesta sobre la viabilidad de esta intervención para esta problemática y para esta población. En particular, fue de importancia prestar atención a los cambios sintomatológicos y psíquicos de los pacientes, así como a las estrategias y recursos técnicos empleados en la intervención.



Considerando lo anterior, la presente investigación se realizó en dos fases. En la primera fase se buscó dar respuesta a la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las necesidades y demandas de atención psicológica presentes en los jóvenes universitarios?

A esta pregunta se plantea el objetivo general siguiente:

- Identificar las necesidades y demandas de atención psicológica en una muestra de estudiantes universitarios.

A partir de este objetivo general se plantean los siguientes objetivos específicos:

- Conocer las características clínicas, sociodemográficas y escolares de los estudiantes solicitantes de atención.
- Detectar a alumnos con síntomas de malestar depresivo leve o moderado.

En la segunda fase, las preguntas que guiaron la investigación fueron las siguientes:

¿Cuál es el impacto de un modelo de psicoterapia breve focal, psicoanalíticamente orientada, en síntomas de depresión leve o moderada en estudiantes universitarios?

De esta pregunta se desprende el siguiente objetivo general:

- Evaluar el efecto de la psicoterapia focal breve, psicoanalíticamente orientada, en pacientes con sintomatología depresiva leve o moderada.

De este objetivo principal se desglosa el siguiente objetivo específico:

- Comparar y describir los resultados obtenidos de los pacientes al inicio y término de la intervención, así como a los tres y seis meses de concluida.

La otra interrogante del presente estudio es:

¿Cuál es el proceso llevado a cabo en la psicoterapia?

De este cuestionamiento deriva el siguiente objetivo general:

- Describir el proceso psicoterapéutico realizado con cada uno de los subtipos de malestar depresivo: predominantemente culposo, predominantemente narcisista y predominantemente por pérdida de objeto.

Los objetivos específicos de esta última pregunta son:

- Identificar los momentos de cambio, o puntos de *insight*, tal y como se presentaron en el proceso psicoterapéutico.
- Identificar las intervenciones realizadas por el terapeuta y su relación con el avance terapéutico.

## **Justificación**

La presente investigación forma parte de la iniciativa del Programa ESPORA Psicológica, específicamente en lo que se refiere a analizar, cuantitativa y cualitativamente, la información clínica que se obtiene de las problemáticas de la población estudiantil. El modelo de intervención implementado en este Programa parte del supuesto de brindar a los jóvenes un espacio de psicoterapia breve focalizada, orientada psicoanalíticamente, en el cual puedan historizar y transformar áreas de su vida que afectan su bienestar actual.

Según la revisión documental, el malestar depresivo en los jóvenes es una problemática frecuente, y la psicoterapia breve ha mostrado ser una alternativa de atención para esta población. De acuerdo con estudios en el campo de la psicoterapia, la orientación psicológica puede ayudar a los estudiantes universitarios a resolver sus problemas personales y con esto alcanzar, a la par, una

mejoría en su compromiso con sus metas educativas (Choi, Buskey & Johnson, 2010). Además, hay pocas intervenciones para prevenir o intervenir tempranamente en depresión en esta población, y aquellas que se han desarrollado son mayoritariamente con un enfoque cognitivo-conductual (Reavley & Jorm, 2010). Por ello se consideró importante conocer los resultados que se obtienen al implementar una modalidad de psicoterapia focal y breve con enfoque psicoanalítico en estudiantes universitarios.

Este conocimiento podría ser útil porque puede ofrecer un respaldo a la utilidad de aplicar esta modalidad psicoterapéutica al malestar depresivo a fin de apreciar en el proceso los cambios psíquicos en el paciente y su sensación de bienestar en varias áreas de su vida, incluyendo la escolar, en virtud de que ésta es de gran relevancia en este periodo de vida.

### **Supuestos iniciales de la investigación**

Desde el enfoque psicoanalítico, se considera que la escucha analítica favorece la transformación de las representaciones simbólicas de lo que perturba al sujeto y promueve el cambio psíquico. Freud (1905 [1904]/2006) lo mencionaba ya cuando hablaba del método psicoanalítico: “es el de más penetrantes efectos [...] aquel por el cual se consigue la modificación más amplia del enfermo [...] el único que nos enseña algo acerca de la génesis y de la trama de los fenómenos patológicos” (p. 249). También puntualizaba en su texto “Nuevos caminos de la psicoterapia psicoanalítica” (Freud, 1919 [1918]/2006) --sobre la adaptación de la técnica psicoanalítica a las condiciones individuales y socioculturales de los sujetos-- que la psicoterapia breve es una alternativa posible que, como el tratamiento psicoanalítico de larga duración, busca ir vislumbrando la génesis de las patologías manifiestas ante situaciones específicas y favorecer cambios con respecto a éstas.

Por consiguiente, el principal supuesto de este estudio parte de que la psicoterapia breve y focal con enfoque psicoanalítico promueve el conocimiento de los procesos intrapsíquicos e intersubjetivos del individuo para que éste comprenda cómo se relacionan con el incremento sintomático o la aparición de ciertas conductas problemáticas que se concentran en un conflicto particular, y que con la psicoterapia se promueven modificaciones internas y externas con respecto a ese conflicto (Freire, 1997). Por tanto, al estar en psicoterapia se esperaba que se presentaran en los pacientes cambios psíquicos que llevaran a disminuir el malestar depresivo y a mejoras en áreas de su vida afectadas por éste.

#### **IV. Método**

Esta investigación fue un estudio mixto en que se combinó la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos para analizar la convergencia y la complementariedad de los resultados (Hanson, Creswell, Plano, Petska, & Creswell, 2005) en torno a la viabilidad de la implementación de un modelo de psicoterapia breve focal con orientación psicoanalítica para malestar depresivo en jóvenes universitarios.

##### **Escenario donde se realizó la investigación**

La investigación se realizó en el Espacio de Orientación y Atención Psicológica (ESPORA Psicológica) en una Facultad de la UNAM en la que se imparten diferentes carreras. En ESPORA Psicológica se ofrece psicoterapia gratuita con orientación psicoanalítica de 12 sesiones para atender el malestar psíquico que aqueja a los estudiantes de la entidad. Si la problemática del consultante requiere atención psiquiátrica o de otro tipo de tratamiento, los terapeutas brindan alternativas y orientación al respecto. Esta tarea se realiza en un edificio escolar, en un espacio adaptado para estos fines. Las solicitudes de atención son realizadas, en su gran mayoría, directamente por los alumnos, en algunas ocasiones, son por parte de la institución. Mediante correo electrónico o acudiendo personalmente a las instalaciones de ESPORA Psicológica los estudiantes solicitan la atención brindada en el Programa.

##### **Diseño de la investigación**

La presente investigación fue un estudio exploratorio-descriptivo, en el cual se utilizó un diseño anidado (Hanson et al., 2005), en que los datos cualitativos ayudaron a tener una perspectiva más amplia sobre el impacto de la psicoterapia evaluada cuantitativamente (Figura 1).

Para realizar la evaluación cuantitativa, se empleó un diseño de investigación cuasi-experimental, ya que los participantes no se eligieron aleatoriamente (León & Montero, 2003). Se



La secuencia de recolección y el análisis y la interpretación de los datos pueden verse en la Figura 2. Para obtener datos complementarios acerca del problema de investigación, se integraron los resultados en la fase de interpretación y se combinaron las fortalezas de ambas metodologías, cuantitativa y cualitativa.

Figura 2. Esquema del procedimiento de investigación

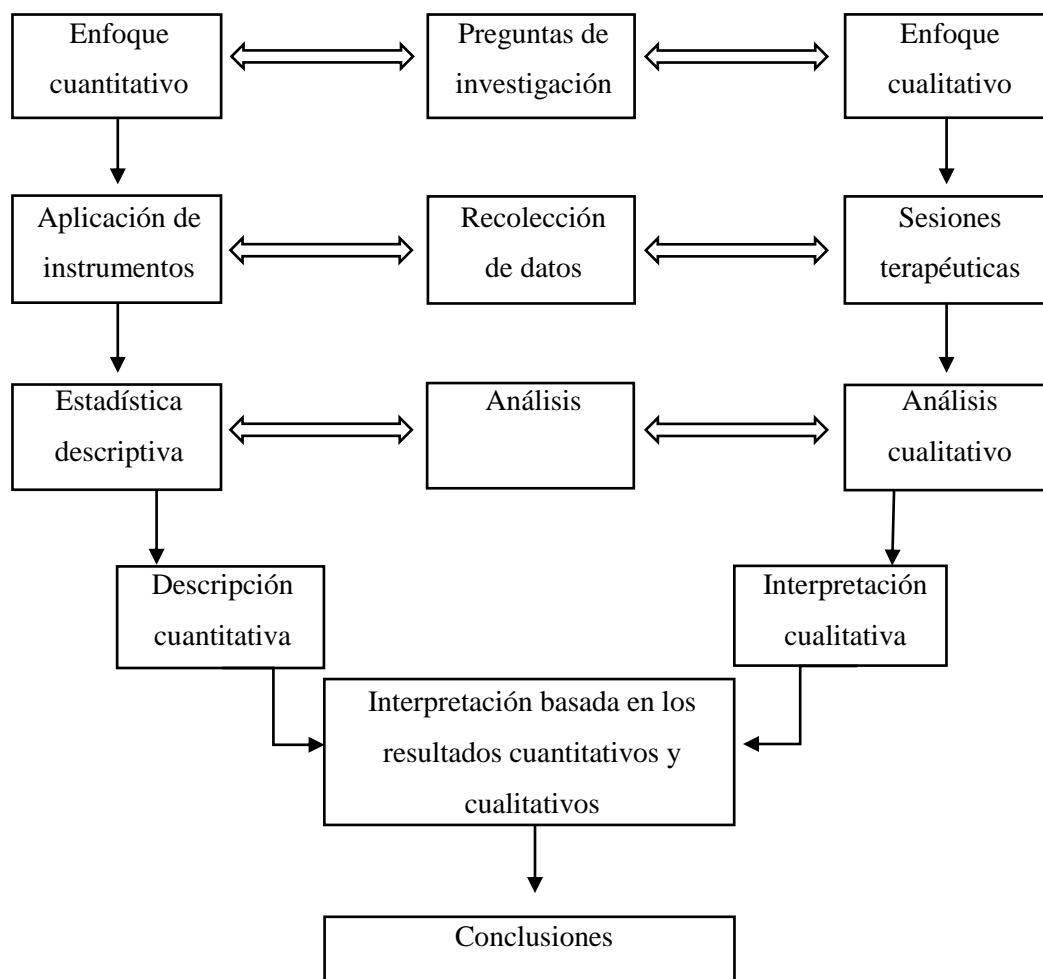


Figura 2. Recolección, análisis e interpretación de la información. Adaptado de *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (2ª ed.), por J. Creswell, 2003, Estados Unidos: Sage Publications, p. 214.

## Metodología cuantitativa utilizada en el estudio

### Instrumentos

Se recolectaron datos sociodemográficos, escolares y clínicos, a partir de un cuestionario semiestructurado creado *ex profeso* para aplicarlo a los participantes. Asimismo, se decidió evaluar las variables de interés a partir de los siguientes instrumentos que fueron complementarios entre sí:

*Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM, por sus siglas en inglés)*. Es un instrumento autoaplicable que evalúa el malestar psicológico general. Se utiliza para medir resultados de terapias psicológicas y algunas áreas de psiquiatría. Para este estudio, se aplicó la versión en castellano de la escala que se encuentra en la página web del CORE Information Management Systems (CORE IMS, 2001-2017).

El instrumento consta de 34 reactivos que exploran cuatro dimensiones: bienestar subjetivo (cuatro ítems); síntomas/problemas (12 reactivos que valoran ansiedad, depresión, problemas físicos y trauma); funcionamiento (12 reactivos que incluyen la evaluación del funcionamiento general, en relaciones cercanas y en relaciones sociales); y riesgo (seis reactivos de daño hacia sí mismo y actos de agresión a otros).

Cada uno de los 34 ítems del CORE-OM se puntúa en una escala tipo Likert que va de 0 (nunca) a cuatro (siempre o casi siempre), en que se señala la experiencia personal del sujeto en los últimos siete días. Está diseñado con base en una dimensión de problemas o síntomas, por lo que, cuanto mayor puntuación, mayor nivel de éstos. Para la puntuación del instrumento, también se considera que se sumen todas las subescalas excepto la de Riesgo (Total–Riesgo), por ser considerada como anexa al instrumento.



El instrumento se aplicó en 466 estudiantes universitarios en México, de edades entre 17 y 39 años, para conocer sus propiedades psicométricas en población consultante y en población no consultante. Mostró consistencia interna apropiada total y en cada una de las dimensiones (entre 0.50 y 0.91 para ambas muestras).

*Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Evaluación de las metas.* Es un instrumento autoaplicable compuesto por seis preguntas que evalúan las metas alcanzadas en la psicoterapia según la percepción del paciente (CORE IMS, 2001-2017).

La primera de las preguntas se divide en dos secciones. La primera explora las dificultades iniciales en las que el sujeto esperaba que le ayudara la psicoterapia; la segunda sección, que es una escala Likert que va de cero (no, en absoluto) a cuatro (extremadamente), explora la contribución que tuvo la psicoterapia en esas dificultades. La segunda pregunta indaga la descripción de lo que el sujeto percibió como positivo de la psicoterapia y también la valoración de la utilidad de lo positivo en un rango de tres opciones, que van de muy poco útil a extremadamente útil. La tercera pregunta, de respuesta dicotómica, cuestiona si quedó algo sin resolver en la psicoterapia. En este sentido, se pide que se describa lo que haya quedado sin resolver, y la forma en que tal cosa obstaculiza el futuro del sujeto, en un rango de muy poco a extremadamente. La cuarta pregunta explora la satisfacción con el servicio recibido en una escala de muy satisfecho a muy insatisfecho. La quinta pregunta consulta sobre la posibilidad de que el sujeto recomiende el servicio recibido; aquí, las opciones de respuesta comprenden una escala de “no definitivamente” a “sí definitivamente”. En la sexta parte del instrumento se solicitan los comentarios del sujeto sobre el servicio de atención recibido.

*Escala de Malestar Psicológico de Kessler (K - 10).* Es una escala autoaplicable que consta de diez reactivos con formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos, que van de uno

(nunca) a cinco (siempre); por consiguiente, el rango de puntuación oscila entre 10 y 50 puntos. Esta escala evalúa el riesgo de presentar malestar inespecífico (síntomas de ansiedad o depresión) en los últimos 30 días (Kessler et al., 2002).

En México, en consultantes de centros de primer nivel de atención con edades de entre 18 y 70 años, la escala tuvo una consistencia interna de 0.90, representada en un solo factor de malestar psicológico, el cual coincidió con la versión original. Asimismo, tuvo validez discriminante y validez diagnóstica para detectar casos con depresión y ansiedad, siendo más consistente para el trastorno depresivo que para el de ansiedad (Vargas, Villamil, Rodríguez, Pérez, & Cortés, 2011).

*Inventario de Depresión de Beck (BDI, por sus siglas en inglés).* Es un instrumento autoaplicable que consta de 21 ítems que evalúan síntomas depresivos. Se compone de cuatro alternativas de respuesta para cada ítem que evalúan la intensidad del síntoma y que se presentan ordenadas igualmente de menor a mayor gravedad. La temporalidad de los síntomas hace referencia al momento actual y a la semana previa, por lo que el sujeto debe marcar la alternativa más adecuada a su situación actual. Los síntomas de naturaleza cognitiva y afectiva se valoran en 14 reactivos y siete reactivos hacen referencia a síntomas somáticos y conductuales. Para obtener la puntuación de la escala, se suma el puntaje dado en cada ítem y se obtiene el total. El mayor puntaje en cada una de las 21 preguntas es de tres; por tanto, el valor total más alto posible es de 63, mientras que el puntaje menor para toda la prueba es de cero (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961).

Para la versión mexicana, se ha documentado que, en residentes de la Ciudad de México, de edades de entre 15 y 65 años (n = 1589), el instrumento tiene una consistencia interna de un Alfa de Cronbach de 0.87. Al igual que la escala original, el análisis factorial arrojó la obtención de

tres factores: actitudes negativas hacia sí mismo, deterioro del rendimiento y alteración somática. Asimismo, en una muestra de 120 personas de edades de entre 17 y 72 años con diagnóstico psiquiátrico de depresión, se observó que el inventario tenía una correlación significativa con la escala de depresión de Zung ( $r = 0.70$ ), mientras que en estudiantes de bachillerato con edades de entre 15 y 23 años ( $n = 546$ ) se encontró también una correlación con esta prueba ( $r = 0.65$ ,  $p \leq 0.000$ ), lo que muestra la validez concurrente de este instrumento (Jurado et al., 1998).

## **Participantes**

### ***Fase 1***

De 376 alumnos que solicitaron la atención en ESPORA Psicológica entre los meses de agosto de 2014 y junio de 2015, un total de 165 estudiantes (78 hombres, 87 mujeres), con edades de entre 17 y 50 años ( $M = 21$  años,  $DE = 3.71$ ), completaron los cuestionarios antes de la intervención (*pre-test*).

### ***Fase 2***

Se usó un muestreo de conveniencia para seleccionar a los participantes (Grinell et al., 2012). El interés recayó en recoger información de consultantes con síntomas de depresión a quienes se consideró representativos para los fines de la investigación. Los alumnos identificados con síntomas de depresión leve a moderada, valorados con el Inventario de Depresión de Beck (BDI), fueron el 77% ( $n = 127$ ) de los 165 que respondieron los cuestionarios inicialmente. De estos participantes identificados, durante el año que duró la presente investigación, el 76.4% ( $n = 97$ ) fueron contactados para atender su solicitud de atención psicológica; el otro 23.6% ( $n = 30$ ) se mantuvo en lista de espera hasta poder atenderlos.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Del total de alumnos que respondieron los cuestionarios, fueron contactados 123, y la intervención realizada con ellos fue de acuerdo con su problemática. El resto que no pudo ser contactado permanecía en lista de espera y se contactaba posteriormente.

De los alumnos contactados, el 9.3% (n = 9) no respondió al contacto; el 5.1 % (n = 5) confirmó su asistencia para ser atendido, pero finalmente no acudió; y uno de ellos (1%) ya estaba atendiéndose en otro lugar. Del 84.5% (n = 82) restante, el 17.5% (n = 17) abandonó la psicoterapia, el 9.3% (n = 9) la interrumpió y sólo 57.7% (n = 56) la concluyó. Cincuenta y tres alumnos (64.6% de quienes iniciaron la psicoterapia) concluyeron la intervención en las 12 sesiones propuestas. En los otros tres casos, su tratamiento se prolongó por su problemática (recibieron 13, 17 y 20 sesiones, respectivamente).

De los pacientes que concluyeron la psicoterapia en 12 sesiones, no todos respondieron los cuestionarios una vez concluida la intervención. En consecuencia, como se observa en la Figura 3, para este estudio se ha contado con la colaboración de 38 de los pacientes, 12 hombres y 26 mujeres, con edades de entre 18 y 34 años, quienes respondieron nuevamente los cuestionarios durante el mes siguiente de concluida la intervención (*post-test*). Por otro lado, 23 de ellos completaron también los cuestionarios a los tres meses de terminada la intervención (seguimiento 1) y 16 los completaron a los seis meses siguientes de su conclusión (seguimiento 2).

Los criterios considerados para seleccionar a los participantes fueron los siguientes:

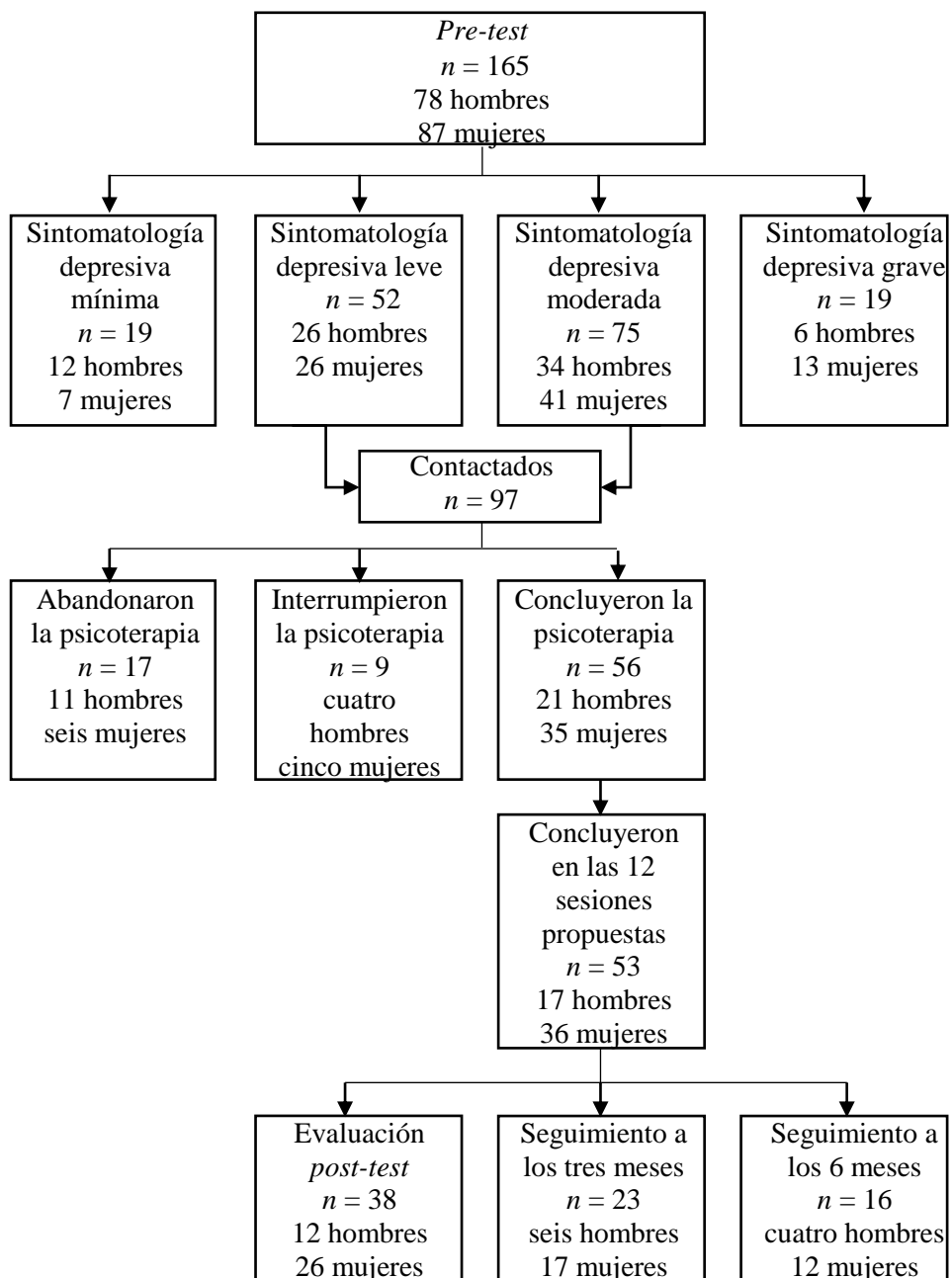
Criterios de inclusión:

- a. Que presentaran síntomas de depresión leve o moderada.
- b. Que aceptaran participar en la investigación y dieran su consentimiento informado (Anexo).

Criterios de exclusión:

- a. Que requirieran un tratamiento que, por su gravedad, no pudiera ser atendido con el programa propuesto.
- b. Que estuvieran recibiendo tratamiento farmacológico.

Figura 3. Diagrama del flujo de participantes identificados con síntomas de depresión de leve a moderada



### Variables

*Malestar depresivo.* El concepto puede hacer referencia a un cuadro clínico caracterizado por el establecimiento de cogniciones negativas que son el componente esencial del estado depresivo: visión negativa de sí mismo, visión negativa de sus experiencias y una visión negativa

del futuro; estos patrones de pensamiento traen como consecuencia síntomas afectivos, conductuales, somáticos y de motivación (Sacco & Beck, 1995). También puede hacer referencia a pensamientos cuyo contenido sea la representación de un deseo como irrealizable que se manifiesta dolorosamente como tristeza, en la inhibición ante la renuncia del sujeto a la realización de dicho deseo, en el llanto como expresión de ese dolor y en el autorreproche como respuesta agresiva que se vuelve contra sí mismo por la frustración del deseo (Bleichmar, 2005).

En este estudio, el malestar depresivo se concibió como un estado de ánimo caracterizado por pensamientos causantes de sufrimiento con manifestaciones afectivas, somáticas y conductuales, que representan la manera particular de resolver un conflicto externo y/o interno. Fue evaluado mediante el BDI (Jurado et al, 1998), el K-10 (Vargas et al., 2011) y el CORE-OM (CORE IMS, 2001-2017).

*Tratamiento:* La Psicoterapia Breve Focal con Orientación Psicoanalítica es un tratamiento de objetivos limitados que adapta los conceptos y procedimientos psicoanalíticos a una técnica terapéutica, que promueve cambios psicológicos significativos en las áreas particulares del problema que mejor expresan las dificultades y síntomas del paciente (Sánchez-Barranco & Sánchez-Barranco, 2001).

La Psicoterapia Breve Focal con Orientación Psicoanalítica usada en este estudio constó de una intervención de 12 sesiones individuales de 45-50 minutos, de las cuales las dos primeras correspondieron a las entrevistas iniciales que exploraron el motivo de consulta, antecedentes del malestar y antecedentes personales y familiares. Con esta información, recolectada mediante la entrevista clínica y la historia clínica, se construyó el foco terapéutico a partir del diagnóstico metapsicológico y la hipótesis diagnóstica. Para el foco terapéutico se consideraron los elementos propuestos por Fiorini (2012) y Braier (2006): situación problema (situación desencadenante);

motivo de consulta (conflicto focal); punto de urgencia (malestar depresivo); conflicto nuclear (conflicto infantil que subyace al conflicto focal); situaciones grupales (relaciones interpersonales: dinámicos, conflictos, roles y recursos de apoyo social); aspectos caracterológicos individuales (características del malestar depresivo predominante, recursos defensivos y recursos adaptativos); y los determinantes del contexto social más amplio (factores económicos, sociales e ideológicos del sujeto).

Según la narrativa del paciente, en las sesiones subsecuentes, las intervenciones sobre el foco se llevaron a cabo con los recursos técnicos psicoanalíticos (preguntas, señalamientos, confrontaciones, rectificaciones, confirmaciones, esclarecimientos, recapitulaciones, interpretaciones y construcciones) en busca de favorecer cambios en el sujeto respecto a sus situaciones conflictivas. Asimismo, mediante sus funciones básicas de observación, escucha psicoanalítica, contención y sostén, los terapeutas se enfocaron en las circunstancias relacionadas con las dificultades que se les presentaban a los pacientes. Finalmente, en la última sesión se hizo una recapitulación narrativa de lo abordado en las sesiones precedentes a partir de los siguientes cuestionamientos que formulaba el terapeuta: ¿Han disminuido tus síntomas?, ¿Te sientes mejor contigo mismo?, ¿Te sientes mejor con los demás?, ¿Comprendes mejor lo que te ocurre?

## **Metodología cualitativa utilizada en el estudio**

### **Participantes**

Los participantes fueron seleccionados intencionalmente de la muestra de pacientes atendidos y que concluyeron la intervención. Se siguió un muestreo propositivo por el interés que se tenía sobre los casos en sí (Martínez–Salgado, 2012) para comprender las experiencias de los participantes y el proceso psicoterapéutico realizado. Participaron tres pacientes mujeres con características representativas de los tipos de depresión descritos por Bleichmar (2005): depresión

predominantemente culposa, depresión predominantemente narcisista y depresión predominantemente por pérdida de objeto. Estas pacientes fueron atendidas por terapeutas mujeres. En la Tabla 1 aparecen los datos clínicos de estas pacientes.

Tabla 1  
*Pacientes que participaron en el estudio cualitativo*

Caso	Paciente	Edad	Motivo de consulta	Foco terapéutico	Malestar depresivo predominante
1	Alicia	22 años	“Cuestiones emocionales”	Sentimientos de culpabilidad por ruptura de relación de noviazgo	Culposa
2	Wendy	18 años	“Miedo al futuro”	Diferenciar expectativas propias de las expectativas familiares	Narcisista
3	Laura	24 años	“Dudas y superación de una circunstancia que viví hace casi un mes”	Proceso de duelo	Por pérdida de objeto

*Nota.* Los nombres de las participantes se modificaron por razones de confidencialidad.

### **Estrategia de recolección de la información cualitativa**

Para obtener estos datos, se utilizó la entrevista clínica con enfoque psicoanalítico. Esta técnica integra la información de las verbalizaciones que hace el paciente sobre sus síntomas o conflictos, y el material generado se interpreta a partir del marco teórico mencionado (Velasco, 2011). Esta técnica se empleó tanto en la fase de exploración como en la de intervención propiamente dicha. El objetivo de las entrevistas de exploración era indagar información para decidir si el consultante podría beneficiarse de la psicoterapia breve y para construir el foco terapéutico. Mediante esta técnica, y siguiendo el foco terapéutico, en la interacción paciente-terapeuta en las sesiones se hablaba sobre las circunstancias y experiencias relacionadas con los problemas o síntomas presentes en las pacientes. Tanto las entrevistas de exploración como las sesiones se audiograbaron y luego se transcribieron íntegramente para su posterior análisis.



## Terapeutas

Los terapeutas colaboradores fueron seis egresados de la Maestría en Psicología con Residencia en Psicoterapia para Adolescentes. Todos recibían tratamiento psicoanalítico y acudían cada semana a supervisión clínica con psicoanalistas expertos (Tabla 2).

Tabla 2  
*Características de los terapeutas*

Terapeuta	Sexo	Edad	Experiencia clínica	En tratamiento psicoanalítico
1	Hombre	35	Siete años	Siete años
2	Hombre	33	Siete años	Ocho años
3	Mujer	33	Ocho años	Siete años
4	Mujer	33	Siete años	Siete años
5	Mujer	32	Siete años	Siete años
6	Mujer	30	Siete años	Siete años

## Procedimiento

La investigación se desarrolló con previa autorización de las autoridades correspondientes de la Facultad, a quienes se informó el propósito de la misma.

### Fase 1

Para acceder al servicio del Programa ESPORA Psicológica, los alumnos solicitaban la atención llenando un Formato de Ingreso. Sus datos se registraban después en una lista de espera a partir de la cual se les contactaba, y luego se calendarizaban las citas.

Para llevar a cabo la investigación, una vez que los datos del alumno/de la alumna eran ingresados en la lista de espera, la investigadora los contactaba después vía electrónica para solicitarles que acudieran a responder los instrumentos. La aplicación de los mismos fue realizada

por un colaborador entrenado, quien explicaba a los estudiantes los objetivos de la investigación, les pedía su consentimiento informado para participar en la misma y les aplicaba las escalas.

## **Fase 2**

Los participantes fueron seleccionados a partir de los puntajes del Inventario de Depresión de Beck. Una vez seleccionados los participantes, y siguiendo el orden de la lista de espera, los terapeutas de ESPORA calendarizaban la primera cita y, al iniciarla, explicaban de nuevo al consultante los objetivos y en qué consistía la investigación, y corroboraban la aceptación de los participantes para ser tomados en cuenta en ella. Hay que señalar que para ese momento hubo participantes que no accedieron a que se audiograban las sesiones. Después de esto, los terapeutas comenzaban las entrevistas de exploración, y con la información recabada realizaban el diagnóstico metapsicológico y clínico para construir el foco terapéutico, con el cual se iniciaba posteriormente la psicoterapia.

A la semana siguiente de que concluía la psicoterapia, la investigadora los contactaba vía electrónica para que acudieran a responder los instrumentos. El tiempo de respuesta para el *post-test* se consideró dentro del mes subsecuente de concluida la intervención. Asimismo, se contactó nuevamente a las participantes a los tres y seis meses posteriores de que había finalizado la intervención; el lapso de espera de su respuesta en estas últimas mediciones fue también de un mes (Figura 4).

Cabe mencionar que los sujetos que puntuaban con síntomas de depresión grave eran atendidos y, dado su padecimiento, se trabajaba juntamente con apoyo psiquiátrico, o bien eran canalizados a redes de apoyo (consultorios privados o instituciones públicas, según lo más conveniente y viable para el paciente). A su vez, aquellos que puntuaban con síntomas de depresión mínima eran atendidos también según su problemática y de acuerdo con la modalidad

ofrecida en el Programa. Asimismo, los alumnos que no acudían a responder los instrumentos o que posteriormente decidían ya no participar en el estudio recibían atención respetando el orden de la lista de espera.

## **Análisis de los datos**

### **Análisis estadístico**

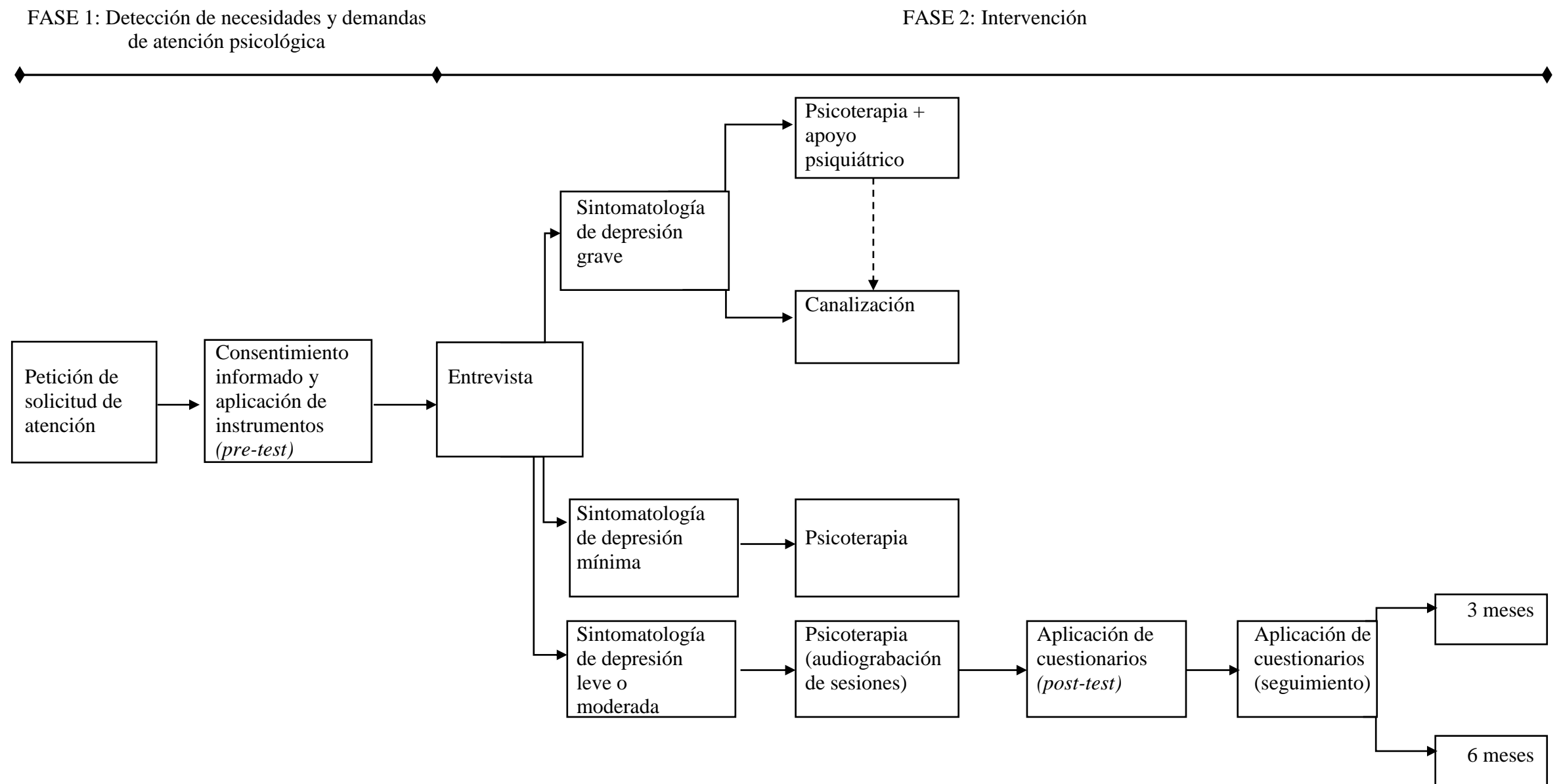
#### ***Fase 1***

Una vez recabada la información, los datos se analizaron mediante el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 21.0 (SPSS Inc., 2012) y se realizaron pruebas de estadística descriptiva con el fin de caracterizar la distribución de los datos.

#### ***Fase 2***

Para analizar las diferencias en las proporciones de la sensación de bienestar, se empleó la prueba McNemar para valorar dos mediciones relacionadas y se usó la prueba Q de Cochran para valorar todas las mediciones a lo largo del tiempo. La normalidad de la distribución de los datos de la muestra se evaluó con la prueba Shapiro-Wilk. Se realizaron comparaciones de medianas entre grupos con la prueba Wilcoxon para muestras relacionadas y se calculó la magnitud de los cambios con la  $d$  de Cohen. Para comparar las medianas de todas las mediciones, se utilizó la prueba de Friedman. Para identificar el cambio clínico por paciente, se calculó el porcentaje de cambio. Para calcular la magnitud de los cambios, se empleó el programa estadístico GPower 3.1. Para los demás procedimientos, se utilizó el programa estadístico SPSS Statistics 21.0 (SPSS Inc., 2012).

Figura 4. Procedimiento realizado para la intervención



### **Análisis de la información cualitativa**

En el estudio del proceso psicoterapéutico se realizó un análisis conversacional, definido como “el estudio de la conversación en interacción (grabada) que ocurre de manera neutral [...] para descubrir cómo los participantes comprenden y responden [...] en su turno de intervención, y que se centra en cómo se generan las secuencias de interacción” (Hutchby & Wooffitt, 1998, p. 14). Antaki y Díaz (2003) describen que hay dos maneras de hacer este trabajo. La primera consiste en describir la organización regular del habla en una amplia variedad de materiales, y en la segunda se utiliza el conocimiento obtenido por el primer análisis para esclarecer lo que ocurre en fragmentos concretos. El análisis de esta investigación es del segundo tipo, por lo que se analiza la secuencia de las interacciones paciente-terapeuta.

El análisis del proceso psicoterapéutico se realizó en dos fases. La primera consistió, inicialmente, en identificar las intervenciones realizadas por los terapeutas: preguntas, señalamientos, confrontaciones, rectificaciones, confirmaciones, esclarecimientos, recapitulaciones, construcciones e interpretaciones. Las intervenciones se agruparon después en categorías de acuerdo con las estrategias propuestas por Krause et al. (Krause, Valdés, & Tomimic, 2009; Valdés et al., 2005), las cuales se muestran en la Tabla 3. También se identificaron las funciones del terapeuta a partir de sus intervenciones y por las narraciones de las pacientes: observar, escuchar con un enfoque psicoanalítico, contener y sostener.

Posteriormente, se identificaron los momentos y episodios de cambio de las pacientes. Estos momentos de cambio se definen como las transformaciones subjetivas de la representación que de sí mismo tiene el individuo, de sus problemas, de sus síntomas y de sus relaciones con el entorno, considerando también que estos cambios se relacionan con el contexto en que ocurren (Krause, 2005; Krause et al., 2006).

Tabla 3  
Estrategias terapéuticas

Estrategia	Definición	Intención comunicacional
Explorar	Acción comunicacional realizada con el propósito de: a) averiguar o entregar contenidos que se desconocen, b) clarificar contenidos y/o c) dirigir la atención y los esfuerzos hacia un foco de la conversación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Solicitar información</li> <li>- Ampliar contenidos</li> <li>- Entregar información solicitada</li> </ul>
Clarificar	Se profundiza en la descripción, presentación o indagación de ciertos contenidos cuando se indaga sobre la certeza de una aseveración realizada por el otro, o bien, cuando se corrobora algo que se ha dicho (una opinión, datos o nuevos contenidos entregados o solicitados por el otro).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificar información</li> <li>- Corregir comprensión</li> <li>- Especificar contenidos</li> <li>- Chequear el impacto de una intervención</li> <li>- Solicitar explicación</li> <li>- Chequear la propia comprensión</li> </ul>
Focalizar	La atención y los esfuerzos se dirigen hacia un determinado foco de la conversación cuando se inicia un tema o se regresa a un tema con contenidos relevantes, y que ha sido abordado anteriormente, o bien cuando se definen los límites de un contenido.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Introducir un tema</li> <li>- Volver a un tema</li> <li>- Condensar un contenido</li> <li>- Circunscribir contenidos</li> <li>- Detener el discurso</li> </ul>
Resignificar	Acción comunicacional realizada con el propósito de construir o consolidar nuevos significados	<p>a) A partir de la construcción de nuevos significados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecer un modelo de funcionamiento psicológico</li> <li>- Mostrar una comprensión alternativa del funcionamiento del otro</li> <li>- Vincular contenidos</li> <li>- Contradecir información</li> <li>- Cuestionar un contenido</li> <li>- Cuestionarse a sí mismo</li> <li>- Mostrar aspectos contradictorios</li> <li>- Mostrar oposiciones a un contenido</li> <li>- Aceptar un contenido (inicial, parcial o totalmente)</li> <li>- Enriquecer un significado nuevo</li> </ul> <p>b) A partir de la consolidación de nuevos significados</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortalecer un significado</li> <li>- Señalar consecuencias de un significado</li> <li>- Aplicar un significado</li> <li>- Decantar un significado</li> </ul>
Retroalimentar	Valoración o reprobación de los comportamientos, significados o emociones del otro	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Emitir un juicio valorativo sobre el otro (criticar o validar)</li> <li>- Mostrar optimismo sobre el otro</li> <li>- Reconocer el cambio en el otro</li> <li>- Mostrar afectos del otro</li> <li>- Expresar impacto afectivo</li> <li>- Reconocer la ayuda del otro</li> </ul>
Orientar el comportamiento		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desafiar o realizar conductas</li> <li>- Decidir realizar una conducta</li> <li>- Oponerse a realizar una conducta</li> <li>- Proponer realizar una conducta</li> <li>- Ordenar hacer algo</li> <li>- Solicitar apoyo</li> </ul>

*Nota:* Adaptado de "Proceso de cambio psicoterapéutico: análisis de episodios relevantes en una terapia grupal con pacientes adictos", por N. Valdés, M. Krause, O. Vilchis, P. Dagnino, O. Echavarrí, P. Ben-Dov...G. de la Parra. *Psyche*, 14(2), p. 8.

Para que sean considerados como momentos de cambio, se toma en cuenta lo siguiente: que sean novedosos, es decir, que se manifiesten por primera vez en el proceso psicoterapéutico; que sean actuales, o sea, que puedan observarse en las sesiones y puedan ser referidos a la intervención; que sean consistentes con las expresiones no verbales del paciente; y que concuerden con los criterios teóricos a partir de los temas que se mencionan a continuación (Krause & Dagnino, 2006, p. 288-289; Krause et al., 2006, p. 310-311):

#### I. Consolidación inicial de la estructura de la relación de ayuda.

1. Aceptación de la existencia de un problema: vivencia de una crisis que lleva a la búsqueda de ayuda.
2. Aceptación de los propios límites y reconocimiento de la necesidad de ayuda: reconocimiento de que los modos de resolución de los problemas y sus patrones explicativos empleados hasta el momento ya no sirven para sobrellevar los conflictos. Son dos los tipos de límites experimentados: de la resistencia emocional y de los intentos de resolución de problemas, incluida la búsqueda de ayuda dentro de la red social.
3. Aceptación del terapeuta como un profesional competente: las competencias del terapeuta coinciden con la propia definición de competencia profesional que tiene la persona que busca ayuda.
4. Expresión de esperanza: expectativa de ser ayudado o de superar los problemas.
5. Descongelamiento (o cuestionamiento) de formas de entendimiento, comportamientos y emociones habituales: reconocimiento de problemas no advertidos antes, autocrítica y/o redefinición de expectativas y metas terapéuticas.

6. Expresión de la necesidad de cambio: muestras de flexibilidad y apertura a nuevas formas de entendimiento.
7. Reconocimiento de la propia participación en los problemas: reconocimiento de la existencia de aspectos de sí mismo que intervienen en el desarrollo y/o mantenimiento de los problemas.

## II. Aumento de la permeabilidad hacia nuevas comprensiones.

8. Descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo: introspección respecto a modos de comportamiento y sentimientos.
9. Manifestación de un comportamiento o emoción nueva: cambio positivo en la manera de comportarse y en emociones.
10. Aparición de sentimientos de competencia: sensación de mayor autonomía para continuar con su vida.
11. Establecimiento de nuevas relaciones entre aspectos propios, aspectos propios y del entorno, y aspectos propios y elementos biográficos: establecimiento de conexiones psicológico-biográficas.
12. Reconceptualización de los propios problemas o síntomas: forma diferente de comprender los síntomas y problemas, considerando aspectos propios, del entorno y/o biográficos.
13. Transformación de las valoraciones y emociones en relación con sí mismo u otros: cambio positivo en la autoimagen y un fortalecimiento de la autoestima, así como cambio positivo de la imagen y los sentimientos hacia otros.



### III. Construcción y consolidación de nuevas comprensiones.

14. Formación de constructos subjetivos respecto de sí mismo por medio de la interconexión de aspectos personales y del entorno, incluyendo problemas y síntomas: construcción de teorías respecto a los propios procesos psicológicos o a la propia interacción con el entorno social.
15. Enraizamiento de los constructos subjetivos en la propia biografía: los constructos subjetivos construidos son relacionados con la historia de vida.
16. Autonomía en cuanto al manejo del contexto de significado psicológico: hay una mayor autocontención a partir de la internalización de un modo de reflexionar respecto de lo que le sucede, retomando los propios procesos psicológicos.
17. Reconocimiento de la ayuda recibida: gratitud por la ayuda recibida que surge a partir de la comparación de la situación actual, el malestar inicial y las expectativas presentes al comienzo del proceso psicoterapéutico.
18. Disminución de la asimetría: hay un mayor control sobre el manejo de los problemas; la autoevaluación crítica ya no sólo se centra en los problemas, sino que ahora la atención alcanza también a los propios procesos psicológicos.
19. Construcción de una teoría subjetiva biográfica fundada sobre sí mismo y su relación con el entorno: asociaciones entre problemas, la historia de vida y la situación de vida actual.

Se indagaron los momentos de cambio intrasesión y extrasesión. Para estos últimos, se consideró que fueran narrados por las pacientes y que tuvieran las características descritas anteriormente: novedad, actualidad, consistencia y sustento en los criterios teóricos descritos.

Por su parte, los episodios de cambio se definen como el dialogo terapéutico retrospectivo con el tema central del momento de cambio (Krause et al., 2006). Para esta investigación, con el objetivo de analizar los episodios, se identificaron las intervenciones del terapeuta precedentes a los momentos de cambio. Una vez obtenida esta información, la segunda fase del análisis consistió en identificar la secuencia de estrategias de las terapeutas y de los procesos de resignificación de las pacientes con la finalidad de analizar el proceso global de cambio.

### **Consideraciones éticas de la investigación**

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la Facultad de Psicología de la UNAM. Se siguieron los siguientes criterios:

- Se buscó el beneficio de los participantes.
- Se les solicitó su consentimiento informado con el objetivo de proteger su autonomía, integridad psíquica, física y social.
- La participación fue voluntaria y los sujetos tenían el derecho a retirarse de la investigación cuando así lo desearan.

## **V. Resultados**

A continuación, se presentan los resultados agrupados en dos categorías partiendo de las fases y objetivos de investigación: 1. Características, necesidades y demandas de atención psicológica de los estudiantes; 2. Psicoterapia: 2.1 efecto de la psicoterapia focal breve psicoanalíticamente orientada y 2.2 descripción del proceso psicoterapéutico.

### **1. Características, necesidades y demandas de atención de los estudiantes**

En este apartado se presentan los resultados derivados del análisis de las escalas empleadas en la evaluación inicial. Se hace una caracterización de los alumnos que respondieron los instrumentos antes de la psicoterapia.

#### **Participantes que respondieron los cuestionarios antes de la intervención**

Al caracterizar la muestra (N = 165), se encontró que estuvo integrada por 78 hombres (47.3%) y 87 mujeres (52.7%). El rango de edad fue de 17 a 50 años, prevaleciendo el grupo de edad de 17 a 20 años con un 49.1% (n = 81); la edad media fue de 21.3 años. En cuanto al lugar de residencia, 137 (83 %) de los estudiantes vivían en la Ciudad de México y 28 (17%) en el Estado de México (Tabla 4).

Los estudiantes de los tres primeros semestres de la carrera fueron quienes solicitaron mayormente la atención (43.8%, n = 70), siendo en mayor proporción los de segundo semestre (16.9%, n =27). Otra proporción considerable que solicitó atención fueron alumnos que cursaban el octavo semestre (12.5%, n = 20).

En cuanto a tener materias reprobadas, el 62.9% (n = 103), reportó haber reprobado alguna, y si bien una tercera parte no había reprobado ninguna (37.1%, n = 59), otra tercera parte había reprobado entre una y tres materias (35.9%, n = 57).

Tabla 4  
*Características sociodemográficas y escolares de los alumnos*

Evaluación <i>pre-test</i> N =165		
	n	%
Sexo		
Hombre	78	47.3
Mujer	87	52.7
Edad 2014 -2015		
17-20	81	49.1
21-25	72	43.6
26-30	8	4.9
31-35	3	1.8
50	1	0.6
Residencia		
Ciudad de México		
Zona Sur	63	38.2
Zona Oriente	27	16.4
Zona Poniente	20	12.1
Zona Centro	27	16.4
Estado de México	28	17.0
Semestre en curso		
Primero	22	13.8
Segundo	27	16.9
Tercero	21	13.1
Cuarto	12	7.5
Quinto	11	6.9
Sexto	13	8.1
Séptimo	12	7.5
Octavo	20	12.5
Noveno	9	5.6
Décimo	5	3.1
Superior al décimo semestre	2	1.2
Pasante/Tesista	6	3.7
Materias reprobadas		
Ninguna	59	37.1
1 a 3	57	35.9
4 a 6	29	18.3
7 a 10	11	7.0
Más de 10	6	1.7

*Nota:* Zona Sur: Coyoacán, Tlalpan, Tláhuac, Xochimilco, Milpa Alta; Zona Oriente: Venustiano Carranza, Iztapalapa, Iztacalco; Zona Poniente: Álvaro Obregón, Cuajimalpa, Magdalena Contreras, Miguel Hidalgo; Zona Centro: Azcapotzalco, Benito Juárez, Cuauhtémoc, Gustavo A. Madero.

En la Tabla 5 se muestran las características de los datos clínicos recabados en la evaluación *pre-test*.

Tabla 5

*Características clínicas de los alumnos solicitantes de atención*

	Hombres N= 78		Mujeres N=87		Total N=165	
	N	%	n	%	n	%
<b>Tratamiento previo</b>						
Psicológico	31	18.8	27	16.36	58	35.2
Psiquiátrico	8	4.8	9	5.4	17	10.3
Ambos tratamientos	7	4.2	4	2.4	11	6.6
<b>Motivo de consulta</b>						
Problemas afectivos	52	31.5	63	38.18	115	69.69
Problemas escolares	13	7.87	13	7.87	26	15.75
Problemas interpersonales	11	6.6	16	9.69	27	16.36
Problemas familiares	4	2.4	13	7.87	17	10.30
Problemas de atención	2	1.21	4	2.4	6	3.63
Problemas de pensamiento	4	2.4	1	0.6	5	3.03
Problemas personales	2	1.21	1	0.6	3	1.81
Búsqueda de ayuda	8	4.84	6	3.63	14	8.48
Sexualidad	1	0.6	2	1.21	3	1.81
<b>Áreas afectadas en relación con el motivo de consulta</b>						
Emocional	63	80.8	78	89.7	141	85.5
Escolar	62	79.5	65	74.7	127	77
Social	45	57.7	43	49.4	88	53.3
Familiar	32	41	54	45.3	86	52.1
Pareja	27	34.6	39	44.8	66	40
Laboral	15	19.2	11	12.6	26	15.8
Sexualidad	1	1.2	2	1.7	3	1.8
<b>Sensación de malestar</b>						
Muy mal	3	3.8	10	11.5	13	7.9
Mal	29	37.2	32	36.8	61	37
Regular	37	47.4	37	42.5	74	44.8
Bien	8	10.3	6	6.9	14	8.5
<b>Puntuaciones BDI</b>						
Depresión mínima (0-9 pts.)	12	7.27	7	4.24	19	11.5
Depresión leve (10-16 pts.)	26	15.75	26	15.75	52	31.5
Depresión moderada (17-29 pts.)	34	20.6	41	24.84	75	45.5
Depresión grave (>30 pts.)	6	3.63	13	7.87	19	11.5
<b>Puntuaciones K-10</b>						
Malestar no significativo (10-20 pts.)	15	9	13	8	28	17
Malestar leve (21-24 pts.)	7	4.2	17	10.3	24	14.5
Malestar moderado (25-29 pts.)	21	12.7	19	11.5	40	24.2
Malestar grave (>30 pts.)	35	21.2	38	23	73	44.2
<b>Puntuaciones CORE-OM</b>						
Saludable (0-5 pts.)	-	-	1	0.6	1	0.6
Malestar leve (6-9 pts.)	6	3.63	8	4.84	14	8.5
Malestar medio (10-14 pts.)	23	13.93	24	14.54	47	28.5
Malestar moderado (15-20 pts.)	25	15.15	20	12.12	45	27.3
Malestar moderado a grave (21-24 pts.)	22	13.33	24	14.54	46	27.9
Malestar grave (>25 pts.)	2	1.21	10	6.06	12	7.3

En el contenido del cuestionario elaborado se planteó la pregunta: ¿Anteriormente habías recibido atención psicológica y/o psiquiátrica? A ella, 58 (35.2%) de los jóvenes mencionaron haber recibido tratamiento psicológico con anterioridad; 17 (10.3%) habían recibido tratamiento psiquiátrico y 11 (6.6%) habían tomado ambos tratamientos.

En lo referente a los motivos de consulta reportados, fue por más de una problemática que acudían a solicitar la atención. Los problemas afectivos, o sea, alteraciones y padecimientos del área emocional --como síntomas de depresión, ansiedad, problemas de autoestima, conflictos con sí mismos, enojo-- fueron los de mayor incidencia con un 69.69% (n = 115), seguidos por problemas interpersonales con un 16.36% (n = 27) (rupturas o problemas en relaciones de noviazgo, dificultades para relacionarse, pérdidas de amistades y dependencia hacia los otros). Los problemas escolares --como insatisfacción vocacional, pérdida de interés en la carrera y sentimientos de incapacidad e inseguridad con respecto a la carrera-- fueron reportados por el 15.75% (n = 26).

Los problemas familiares fueron reportados por un 10.3% (n = 17) de los alumnos, y las mujeres fueron quienes más informaron tener esta problemática (7.87 %, n = 13). Los problemas de atención --como dificultades de atención, concentración y dificultad para realizar tareas--, los problemas de pensamientos --como ideas obsesivas, pensamientos recurrentes e ideas paranoides--, los problemas personales, los problemas de sexualidad --como búsqueda de orientación sexual y dudas sobre su sexualidad-- y los motivos de consulta de búsqueda de ayuda --como guía psicológica, dudas, y necesidad de ayuda-- se reportaron en menores proporciones.

De los estudiantes, el 37% (n = 61) reportó sentirse mal y el 7.9% (n = 13), muy mal. Respecto al riesgo de padecer malestar depresivo y/o ansioso, evaluado con el K-10, el 83% (n = 137) presentaban sintomatología de estos trastornos. Al estratificar las puntuaciones de la escala

por gravedad, se observa que la mayor proporción de alumnos reportó malestar grave: 44.2% (n = 73): 21.2% (n = 35) de hombres y 23% (n = 38) de mujeres de la muestra. La media de la muestra se concentró en el rango de malestar moderado (M = 27, DE, 6.9). En cuanto a los puntajes obtenidos por medio del CORE-OM, el 99% (n= 164) manifestó malestar emocional, y en los rangos de medio a moderado-grave se concentró la mayor cantidad de alumnos (83.7%, n = 138). La media del malestar de los alumnos se halló en el rango de malestar moderado (M = 17.10, DE = 5.3).

En lo tocante específicamente a la sintomatología depresiva evaluada con el BDI, 31.5% (n = 52) presentó síntomas de depresión leve, 45.5% (n = 75), síntomas de depresión moderada, y 11.5% (n = 19), síntomas de depresión grave. Fueron más las mujeres que puntuaron con depresión grave (7.87%, n = 13) en comparación con los hombres (n = 6, 3.63%). El promedio de los puntajes se concentró en el rango de depresión moderada (M = 19.31, DE = 8.6). En síntesis, 88.5% de la muestra manifestó algún grado considerable de depresión.

## 2. Psicoterapia

En esta sección se describen las características de los participantes con síntomas de depresión leve y moderada que respondieron los instrumentos después de terminada la psicoterapia, y se analiza la trayectoria de sus síntomas en las evaluaciones realizadas. Posteriormente, se expone la evaluación de los participantes que concluyeron la psicoterapia.

### 2.1 Efecto de la psicoterapia

#### *Descripción de la muestra*

De los estudiantes antes descritos, se seleccionó a quienes puntuaron con síntomas de depresión leve o moderada en el BDI, es decir, 77% (n = 127) de ellos, de quienes se contactó a 97 (76.4%). De los alumnos contactados, 82 (84.5%) iniciaron la psicoterapia; 53 (64.6%) la concluyeron en las 12 sesiones de la intervención; 38 (71.7%) respondieron los instrumentos una vez concluida la psicoterapia (*post-test*); 23 (43.4%) los respondieron en el seguimiento a los tres meses, y 16 (30.2%) en el seguimiento a los seis meses, pero uno de los participantes del último seguimiento, no respondió en el primero. A continuación, se describen las características de la muestra que colaboró respondiendo los cuestionarios *post-test*.

Como puede observarse en la Tabla 6, participaron 12 hombres (31.6%) y 26 mujeres (68.4%), con edades entre 18 y 34 años (M = 21.61, DE = 3.3); 76.2 % (n= 29) residía en la Ciudad de México; el otro 23.8% (n = 9) vivía en el Estado de México. Los mayores porcentajes de alumnos correspondieron a estudiantes de octavo semestre (21%, n= 8) y segundo semestre (15.8%, n = 6); cerca de la mitad había reprobado, al menos, una materia en su trayectoria universitaria (45.8%, n = 18).



Tabla 6  
*Características sociodemográficas y escolares de los pacientes*

	Participantes	
	N = 38	
	n	%
Sexo		
Hombre	12	31.6
Mujer	26	68.4
Edad 2014 -2015		
18-20	15	39.5
21-25	19	50
26-30	4	7.9
31-34	1	2.6
Residencia		
Ciudad de México		
Zona Sur	8	21.0
Zona Oriente	7	18.4
Zona Poniente	5	13.1
Zona Centro	9	23.7
Estado de México	9	23.8
Semestre en curso		
Primero	3	7.9
Segundo	6	15.8
Tercero	5	13.1
Cuarto	2	5.3
Quinto	2	5.3
Sexto	2	5.3
Séptimo	2	5.3
Octavo	8	21
Noveno	3	7.9
Décimo	1	2.6
Pasante/Tesista	4	10.5
Materias reprobadas		
Ninguna	20	54.2
1 a 3	10	27
4 a 6	3	8.1
7 a 10	3	8.1
Más de 10	1	2.6

*Nota:* Zona Sur: Coyoacán, Tlalpan, Tláhuac, Xochimilco, Milpa Alta; Zona Oriente: Venustiano Carranza, Iztapalapa, Iztacalco; Zona Poniente: Álvaro Obregón, Cuajimalpa, Magdalena Contreras, Miguel Hidalgo; Zona Centro: Azcapotzalco, Benito Juárez, Cuauhtémoc, Gustavo A. Madero.

De los antecedentes de tratamiento previo, 12 (31.6%) habían recibido tratamiento psicológico. Cuatro (tres mujeres y 1 hombre) habían recibido tratamiento psiquiátrico y dos mujeres habían llevado ambos tratamientos, como puede observarse en la Tabla 7.

Entre los motivos de consulta reportados, los problemas afectivos fueron los de mayor proporción 63.2% (n = 24), seguidos por los problemas escolares (18.4%, n = 7), los problemas interpersonales (13.1%, n = 5), y los problemas familiares (10.5%, n = 4). Los problemas de pensamientos, los motivos de consulta referidos como búsqueda de ayuda, los problemas de atención, los problemas relacionados con la sexualidad y los problemas personales fueron reportados en menor medida.

Con respecto a la sintomatología observada, el riesgo de padecer trastornos de ansiedad y depresión, evaluado con el K-10, siete (18.4%) estudiantes no presentaba malestar significativo, mientras que 18 (n = 47.4%) presentaban riesgo grave. Al observar los datos del CORE – OM, más de la mitad de los jóvenes (60.5%, n = 23) presentaba malestar emocional en un rango entre moderado y grave; 37 (97.4%) sentían afectaciones en su bienestar subjetivo; 38 (100%) estudiantes veían afectado su rendimiento o su capacidad para realizar tareas cotidianas o establecer relaciones interpersonales. Presentaban también síntomas de depresión, ansiedad, traumas o somatización. No obstante lo anterior, 24 de ellos (63.2%) no presentaban riesgo de dañarse a sí mismos o a otros.

Respecto de la sintomatología depresiva (BDI) en concreto, 23 (60.5%) de los participantes tenían síntomas de depresión moderada y los otros 15 (39.5 %) presentaban síntomas de depresión leve.

Tabla 7

*Características clínicas de los participantes con síntomas de depresión leve o moderada*

	Hombres N= 12		Mujeres N=26		Total N=38		M	DE
	n	%	n	%	n	%		
<b>Tratamiento previo</b>								
Psicológico	4	10.5	8	21	12	31.6		
Psiquiátrico	1	2.6	3	7.8	4	10.5		
Ambos tratamientos	--		2	5.2	2	5.2		
<b>Motivo de consulta</b>								
Problemas afectivos	8	21.1	16	42.1	24	63.2		
Problemas escolares	2	5.3	5	13.1	7	18.4		
Problemas interpersonales	1	2.6	4	10.5	5	13.1		
Problemas familiares	1	2.6	3	7.9	4	10.5		
Problemas de pensamientos	2	5.3	1	2.6	3	7.9		
Problemas de búsqueda de ayuda	1	2.6	2	5.3	3	7.9		
Problemas atención	--		2	5.3	2	5.3		
Búsqueda de sexualidad	--		2	5.3	2	5.3		
Problemas personales	--		1	2.6	1	2.6		
<b>Puntuaciones K-10</b>								
Malestar no significativo (10-20 pts.)	3	7.9	4	10.5	7	18.4	27.5	6.2
Malestar leve (21-24 pts.)	1	2.6	3	7.9	4	10.5		
Malestar moderado (25-29 pts.)	3	7.9	6	15.8	9	23.7		
Malestar grave (>30 pts.)	5	13.1	13	34.2	18	47.4		
<b>Puntuaciones BDI</b>								
Depresión leve (10-16 pts.)	4	10.5	11	29	15	39.5	19.68	6.8
Depresión moderada (17-29 pts.)	8	21.1	15	39.4	23	60.5		
<b>Puntuaciones CORE-OM</b>								
Saludable (0-5 pts.)	--		--	--	--	--	16.98	5.8
Malestar leve (6-9 pts.)	1	2.6	3	7.9	4	10.5		
Malestar medio (10-14 pts.)	4	10.5	7	18.4	11	28.9		
Malestar moderado (15-20 pts.)	4	10.5	6	15.8	10	26.3		
Malestar moderado a grave (21-24 pts.)	3	7.9	6	15.8	9	23.7		
Malestar grave (>25 pts.)	--		4	10.5	4	10.5		
<b>Puntuaciones CORE-OM</b>								
<b>Bienestar</b>								
Saludable	1	2.6	--	--	1	2.6		
Malestar leve	1	2.6	1	2.6	2	5.2		
Malestar medio	1	2.6	3	7.9	4	10.5		
Malestar moderado	3	7.9	3	7.9	6	15.8		
Malestar moderado a grave	3	7.9	5	13.1	8	21.1		
Malestar grave	3	7.9	14	36.8	17	44.7		
<b>Funcionamiento</b>								
Saludable	--		--		--	--		
Malestar leve	1	2.6	3	7.9	4	10.5		
Malestar medio	1	2.6	5	13.1	6	15.8		
Malestar moderado	4	10.5	7	18.4	11	28.9		
Malestar moderado a grave	5	13.1	7	18.4	12	31.6		
Malestar grave	1	2.6	4	10.5	5	13.1		
<b>Síntomas</b>								
Saludable	--	--	1	2.6	1	2.6		
Malestar leve	1	2.6	1	2.6	2	5.3		
Malestar medio	--	--	4	10.5	4	10.5		
Malestar moderado	5	13.1	4	10.5	9	23.7		
Malestar moderado a grave	2	5.3	3	7.9	5	13.2		
<b>Riesgo (hacia sí mismo/otros)</b>								
Saludable	9	23.7	15	39.5	24	63.2		
Malestar leve	--	--	1	2.6	1	2.6		
Malestar medio	--	--	4	10.5	4	10.5		
Malestar moderado	2	5.3	1	2.6	3	7.9		
Malestar moderado a grave	--	--	1	2.6	1	2.6		
Malestar grave	1	2.6	3	7.9	4	10.5		

### *Trayectoria de los síntomas*

Con el objetivo de evaluar los cambios producidos tras la psicoterapia, en un inicio se realizó un análisis de proporciones de la sensación de bienestar reportada por los participantes. Se empleó la prueba de McNemar para examinar la extensión del cambio en la distribución de proporciones (Gómez-Gómez, Danglot-Banck & Vega-Franco, 2003). En comparación con la evaluación inicial, al concluir la psicoterapia, disminuyó significativamente la proporción de participantes en las dimensiones de sentirse mal ( $X_M^2, \rho < 0.01$ ) y sentirse regular ( $X_M^2, \rho < 0.05$ ), mientras que aumentó la proporción de casos que reportaron sentirse bien ( $X_M^2, \rho < 0.01$ ) y muy bien ( $X_M^2, \rho < 0.05$ ), como puede observarse en la Tabla 8.

También se encontraron diferencias significativas entre la evaluación inicial y los seguimientos realizados. La proporción de participantes que reportaron sentirse mal en un inicio disminuyó significativamente a los tres meses ( $X_M^2, p < 0.01$ ) y a los seis meses ( $X_M^2, p < 0.05$ ) de concluida la psicoterapia. En cambio, la proporción de participantes que reportaron sentirse bien en los seguimientos a los tres y seis meses fue mayor que en la evaluación inicial ( $X_M^2, p < 0.01$ ;  $X_M^2, p < 0.05$ , respectivamente).

Tabla 8

*Proporciones de participantes en las diferentes dimensiones de la sensación de bienestar en los diferentes momentos de evaluación*

Sensación de bienestar	<i>Pre-test</i> (N=38)		<i>Post-test</i> (N=38)		Seguimiento 1 (N=23)		Seguimiento 2 (N=16)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Muy mal	3	7.9	1	2.6	0	0	1	6.3
Mal	13	34.2	1	2.6**	0	0**	1	6.3*
Regular	20	52.6	9	23.7*	8	34.8	4	25
Bien	2	5.3	20	52.6**	12	52.2**	7	43.8*
Muy bien	0	0	7	18.4*	3	13	3	18.8

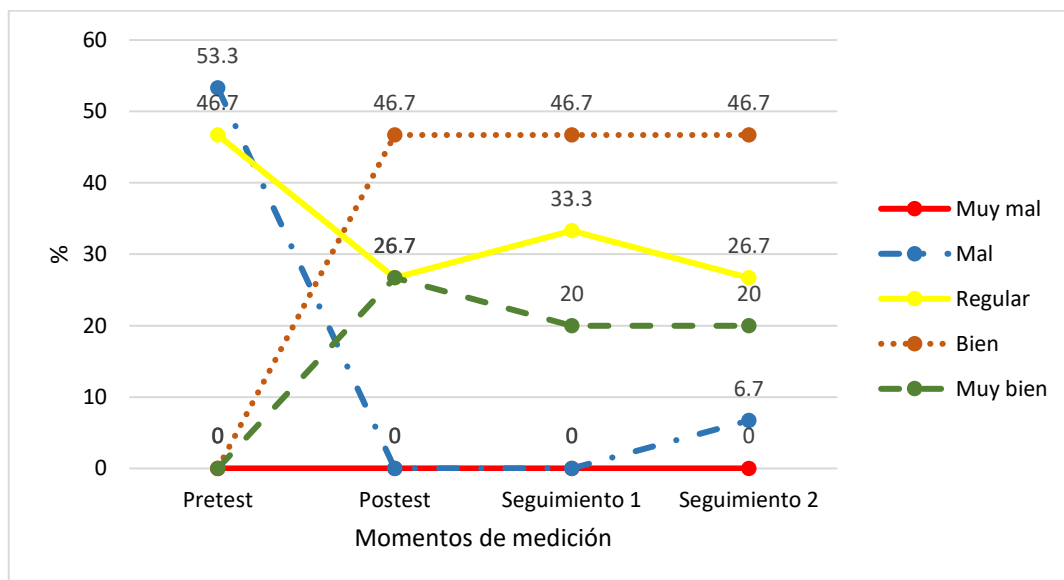
Prueba de McNemar

\*\*  $\rho < 0.01$ , entre el *pre-test* y los siguientes momentos de evaluación.

\*  $\rho < 0.05$ , entre el *pre-test* y los siguientes momentos de evaluación.

Para comparar las proporciones de los 15 participantes que colaboraron en todas las mediciones, con respecto a su sensación de bienestar, se empleó la  $Q$  de Cochran (Gómez-Gómez et al., 2003). Al comparar la proporción de participantes al finalizar la psicoterapia y en los seguimientos, no se encontraron diferencias significativas en la proporción que informó sentirse mal ( $Q(2) = 2.0, p = 0.368$ ), sentirse regular ( $Q(2) = 0.50, p = 0.779$ ), sentirse bien ( $Q(2) = 0.00, p = 1.0$ ) y sentirse muy bien ( $Q(2) = 5.4, p = 0.145$ ). Es decir, se mantienen similares las proporciones de pacientes en las dimensiones de bienestar al finalizar la psicoterapia y en los seguimientos (Figura 5).

*Figura 5.* Comparación de las proporciones de participantes sobre su sensación de bienestar al finalizar la intervención y en los seguimientos



Después se realizó el análisis de la distribución de las puntuaciones de las escalas por medio de la prueba de normalidad Shapiro-Wilk. Esta prueba se empleó porque el número de participantes era menor a 50. Como se observa en la Tabla 9, si se considera el criterio de significancia para que una distribución cumpla el supuesto de normalidad ( $\text{Sig} > 0.05$ ), las dimensiones bienestar subjetivo y riesgo de la escala CORE-OM no presentaron una distribución

normal; sin embargo, esto no afectó la normalidad del índice total. Las puntuaciones de la escala de riesgo de malestar de ansiedad y/o depresión (K-10) se distribuyeron de manera normal, en tanto que en la Escala de Depresión de Beck la distribución no se ajustó a la normal.

Tabla 9  
*Resultados de la prueba de Shapiro-Wilk*

Escala	W	Significancia
Depresión (puntaje BDI)	0.899	0.003
Riesgo de malestar de depresión y/o ansiedad (puntaje K-10)	0.951	0.105
Malestar psicológico general (puntaje CORE-OM)	0.980	0.735
Bienestar subjetivo	0.941	0.50
Síntomas	0.966	0.303
Funcionamiento	0.972	0.460
Riesgo (hacia sí mismo/ otros)	0.767	0.000

Para comprobar el efecto de la terapia sobre la sintomatología depresiva y el malestar psicológico, dada la discrepancia de la distribución de las puntuaciones de las escalas y el número de participantes en los seguimientos, se empleó el estadístico de contraste no paramétrico de Wilcoxon para comparar las mediciones de los rangos (medianas) y encontrar las diferencias estadísticamente significativas en las fases de evaluación (Gómez-Gómez et al., 2003). Asimismo, con el objetivo de valorar la magnitud del cambio ocurrido, se empleó la *d* de Cohen (Gómez & Roussos, 2012). De acuerdo con los rangos propuestos por Cohen, los valores superiores a 0.8 indican la presencia de cambios grandes, los que se ubican entre 0.5 y 0.8, cambios medianos y los que quedan por debajo de 0.5 son cambios pequeños.

En la Tabla 10 se observa que hubo una disminución significativa ( $p < 0.01$ ) de los síntomas en el riesgo de tener un trastorno de ansiedad y/o depresión (K-10), en el malestar emocional general (bienestar subjetivo, síntomas y funcionamiento), evaluado con el CORE-OM,

así como en los síntomas de depresión propiamente dichos (BDI). Al comparar las puntuaciones *pre-test* y seguimiento a los tres meses de concluida la psicoterapia, se observaron menos síntomas en cada una de las escalas ( $\rho < 0.01$ ), lo mismo que entre el *pre-test* y en el seguimiento a los seis meses ( $\rho < 0.01$ ). Todas las diferencias presentan una magnitud de cambio medio o grande (entre  $d = 0.57$  y  $d = 2.65$ ). Esto indica que hubo menos síntomas en todas las mediciones realizadas.

Tabla 10  
Cambios en los diferentes momentos de medición (Wilcoxon) y tamaño del efecto ( $d$  de Cohen)

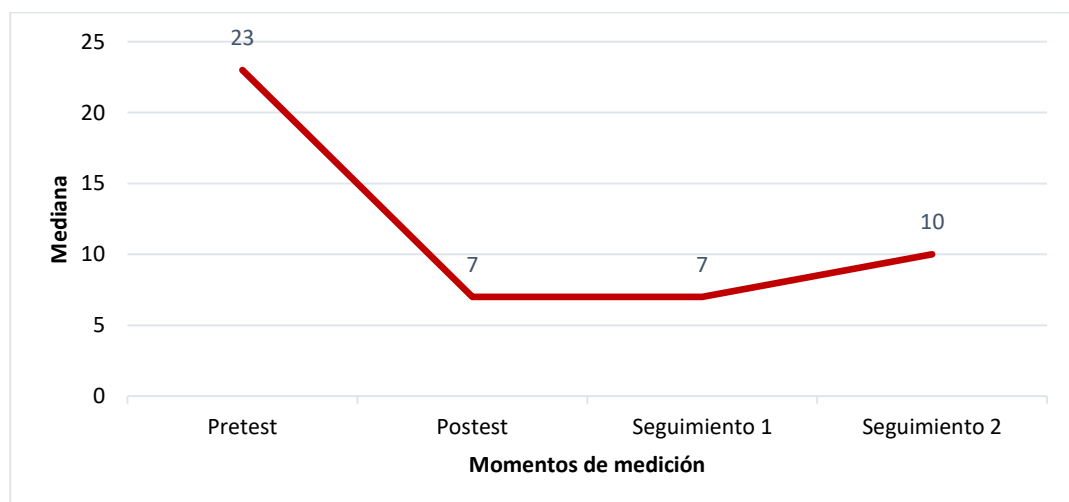
Escala		Mediciones					
		<i>Pre-post</i>	<i>Pre-Seg1</i>	<i>Pre-Seg 2</i>	<i>Post-Seg 1</i>	<i>Post-Seg 2</i>	Seg 1-Seg 2
Depresión (BDI)	Z	-5.200	-3.928	-3.235	-.673	-.427	-.171
	$\rho$	.000	.000	.001	.501	.670	.865
	$d$	1.89	1.17	0.96	0.54	0.14	0.03
Riesgo de ansiedad y/o depresión (K-10)	Z	-4.741	-4.110	-3.356	-.015	-.171	-.666
	$\rho$	.000	.000	.001	.988	.864	.506
	$d$	1.23	1.93	1.05	0.21	0.03	0.41
Malestar psicológico (CORE-OM)	Z	-4.808	-4.107	-3.517	-.426	-.129	-.511
	$\rho$	.000	.000	.000	.670	.897	.609
	$d$	2.65	2.11	1.38	0.25	0.10	0.14
Bienestar	Z	-4.433	-4.120	-3.524	-.019	-.105	-.706
	$\rho$	.000	.000	.000	.985	.917	.480
	$d$	1.20	1.61	0.99	0.62	0.05	0.51
Síntomas	Z	-4.113	-3.789	-3.409	-.179	-.751	-1.227
	$\rho$	.000	.000	.001	.858	.452	.220
	$d$	1.47	1.22	1.04	0.16	0.49	0.51
Funcionamiento	Z	-4.513	-4.065	-2.872	-.192	-1.422	-.660
	$\rho$	.000	.000	.004	.848	.155	.509
	$d$	1.43	1.75	0.57	0	0.22	0.20
Riesgo (hacia sí mismo/otros)	Z	-1.907	-2.384	-1.742	-1.845	-1.706	-.710
	$\rho$	.056	.017	.081	.065	.088	.478
	$d$	0.27	0.24	0.09	0.44	0	0.38

No hubo diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las escalas en las evaluaciones *post-test*-seguimientos a los tres meses y a los seis meses ( $\rho > 0.05$ ). Tampoco se encontraron diferencias entre los seguimientos realizados ( $\rho > 0.05$ ), y la magnitud de los

cambios fue pequeña o mediana, esto es, la diferencia en la sintomatología después de la psicoterapia fue mínima. En la dimensión de riesgo hacia sí mismo y hacia otros de la escala CORE-OM no hubo diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones realizadas ( $p > 0.05$ ) y fue pequeña la diferencia de los cambios (entre  $d = 0.09$  y  $d = 0.44$ ), es decir, la mayoría de los participantes se mantuvieron predominantemente en el rango de saludable, tal como al inicio de la intervención.

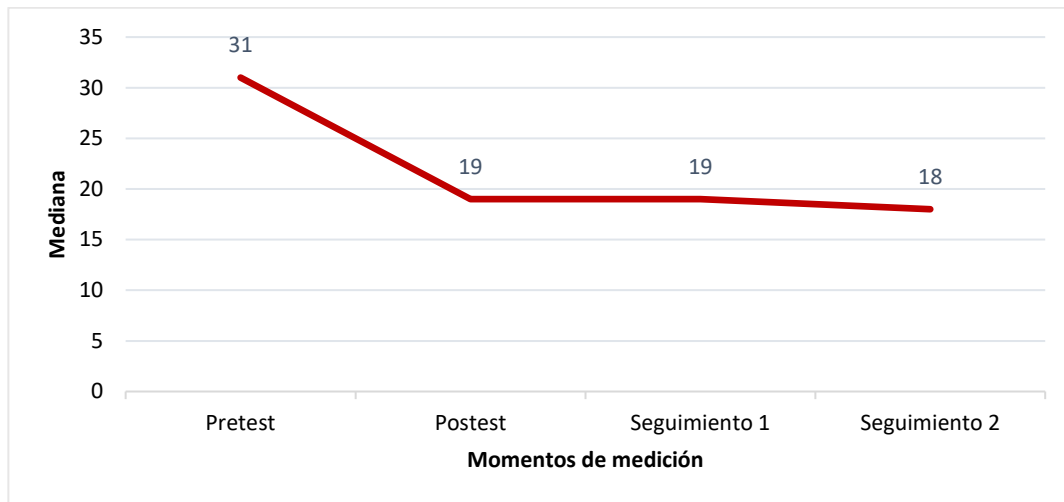
Debido al número de sujetos, para comparar si había diferencias significativas en los cambios de los 15 participantes que respondieron los cuestionarios en todos los momentos, se aplicó la prueba de Friedman (Gómez-Gómez et al., 2003). Se observaron diferencias significativas en la escala BDI, o síntomas de depresión propiamente dichos ( $X^2(2) = 18.95$ ,  $p = 0.000$ ), y en la escala K – 10, o sintomatología de riesgo de ansiedad y/o depresión ( $X^2(2) = 25.54$ ,  $p = 0.000$ ). Como se observa en las Figuras 6 y 7, estos síntomas cambiaron entre las mediciones. Los síntomas disminuyeron al finalizar la psicoterapia y se mantuvieron constantes a los tres meses de concluida ésta; a los seis meses los síntomas depresivos (BDI) se incrementaron sin llegar al nivel inicial.

*Figura 6.* Comparación del nivel de sintomatología depresiva (BDI) antes y después de la psicoterapia y en las mediciones de seguimiento



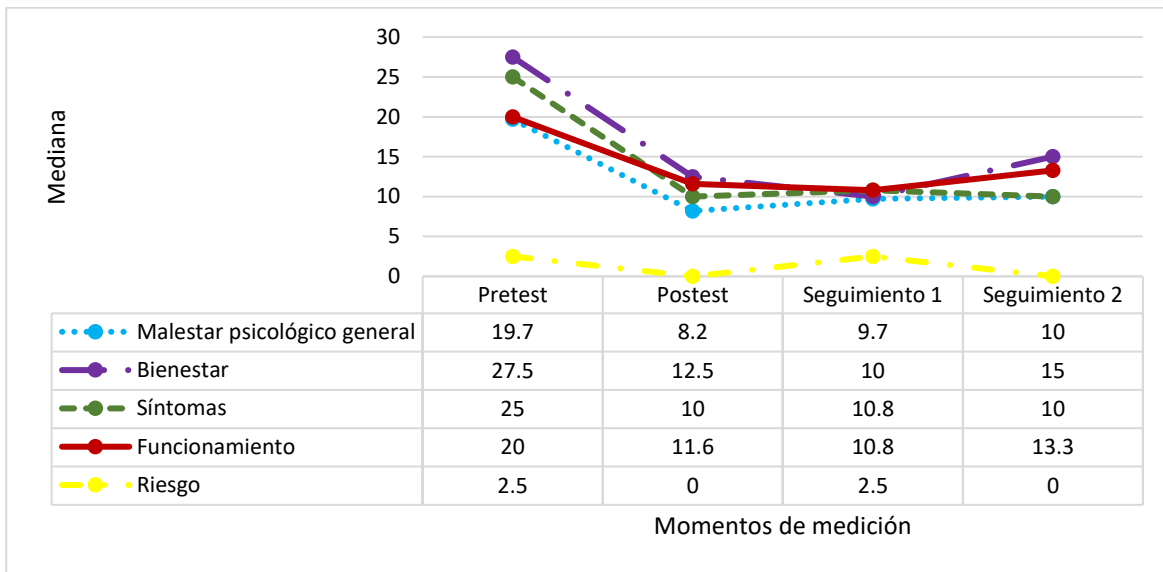


*Figura 7.* Comparación del nivel de riesgo de ansiedad y/o depresión (K-10) antes y después de la psicoterapia y en las mediciones de seguimiento



Asimismo, se encontraron diferencias significativas en el malestar psicológico general, evaluado con el CORE-OM ( $X^2(2) = 19.640$ ,  $p = 0.000$ ), y en sus dimensiones: bienestar subjetivo ( $X^2(2) = 28.448$ ,  $p = 0.000$ ), síntomas ( $X^2(2) = 19.89$ ,  $p = 0.000$ ), funcionamiento ( $X^2(2) = 18.041$ ,  $p = 0.000$ ) y riesgo hacia sí mismo y hacia otros ( $X^2(2) = 13.76$ ,  $p = 0.003$ ). Como se observa en la Figura 8, el malestar que repercutía en las dimensiones de bienestar subjetivo y funcionamiento disminuyó después de la psicoterapia. A los tres meses siguientes también hubo una disminución. A los seis meses posteriores los síntomas aumentaron sin llegar a los niveles que tenían inicialmente. En las dimensiones de síntomas y riesgo, hubo disminución de la sintomatología después de la psicoterapia. A los tres meses de seguimiento aumentaron las puntuaciones de la escala de riesgo siguieron, manteniéndose en el rango de saludable, a los seis meses de concluida la psicoterapia volvieron a disminuir los síntomas de ambas dimensiones. Por su parte, los resultados globales de malestar psicológico mostraron una tendencia a disminuir después de la psicoterapia, a aumentar en el seguimiento a los tres meses y prácticamente se mantuvieron así a los seis meses.

Figura 8. Comparación del nivel de malestar psicológico general (CORE-OM) antes y después de la psicoterapia y en las mediciones de seguimiento



Finalmente, para evaluar la significancia clínica, que permite realizar un análisis individual de la evolución de los pacientes y ayuda a conocer si el tratamiento realizado produce cambios valiosos --lo cual agrega información a la significancia estadística y al tamaño del efecto observado (Gómez & Roussos, 2012)--, se realizó el análisis de cambio clínico con la fórmula de porcentaje de cambio objetivo (PCO), que consiste en obtener la diferencia entre la puntuación del *post-test* y el *pret-test* dividida entre la calificación del *pre-test*. Un cambio es clínicamente significativo cuando es mayor a 20%. Los cambios pueden indicar una mejoría o un deterioro clínico dependiendo del sentido de los datos (Cardiel, 1994).

En la Tabla 11 se observa que las áreas que mostraron mayor número de participantes con cambios positivos en la medición *pre-test-post-test* fueron los síntomas depresivos (BDI, 33 participantes) y la dimensión de funcionamiento del CORE-OM (27 participantes). En la evaluación *pre-test-seguimiento* a los tres meses, el mayor número de pacientes con cambio positivo también se dio en la sintomatología depresiva (BDI, 20 participantes). En la medición

*pre-test*-seguimiento a los seis meses, las áreas que tuvieron más participantes con cambios positivos fueron las dimensiones de síntomas y bienestar del CORE-OM (16 y 15 participantes, respectivamente).

Las áreas que mostraron mayor número de participantes sin cambio en la medición *pre-test-post-test* fueron malestar psicológico global (CORE-OM, 13 participantes) y su dimensión de síntomas (10 participantes), así como la escala de riesgo de trastorno de ansiedad o depresión (K - 10, 15 participantes). En las mediciones *pre-test*-seguimiento a los tres meses, en la escala K- 10 se presentó el mayor número de participantes sin cambio (siete participantes). En la medición *pre-test*-seguimiento a seis meses, fue en la dimensión de síntomas del CORE-OM donde hubo más participantes sin cambios (13 participantes). Hubo pocos casos con deterioro que pudiera considerarse clínicamente objetivo en la comparación *pre-test-post-test* y fue en las áreas de síntomas (cuatro participantes), funcionamiento (tres participantes) y bienestar (cuatro participantes) de la escala CORE-OM. A los seis meses de concluida la intervención, uno de los participantes presentó un empeoramiento de sus síntomas de depresión (BDI).

Tabla 11  
*Participantes con cambio clínico objetivo en las áreas evaluadas*

Escala	<i>Pre-test-post-test</i> (N = 38)			<i>Pret-test-Seg 1</i> (N = 23)			<i>Pret-test-Seg 2</i> (N = 16)		
	M*	S/C	E**	M*	S/C	E**	M*	S/C	E**
Depresión (BDI)	33	5	--	20	3	--	13	2	1
Riesgo de ansiedad y/o depresión (K-10)	22	15	1	16	7	--	14	2	--
Malestar psicológico (CORE-OM)	24	13	1	19	4	--	12	4	--
Bienestar	25	9	4	18	5	--	15	1	--
Síntomas	24	10	4	18	13	2	16	--	--
Funcionamiento	27	8	3	18	4	1	8	6	2
Riesgo (hacia sí mismo/otros)	17	20	1	11	12	--	8	7	1

Nota: M = Mejoró, S/C = Sin cambio, E = Empeoró

\*  $\geq 20\%$  cambio

\*\*  $\leq 20\%$  cambio

***Apreciación de los participantes al finalizar la psicoterapia.***

La percepción de los jóvenes al finalizar la psicoterapia (*post-test*) fue valorada mediante el CORE-Evaluación de Metas. Todos los participantes (n = 38) recordaban haber tenido al menos dos problemáticas antes de comenzar la psicoterapia, 31 recordaban haber tenido tres problemáticas y 17 recordaban cuatro dificultades antes de iniciarla. A excepción de dos participantes, el resto reportaron que la psicoterapia había contribuido a la resolución de sus dificultades iniciales.

Mirando en retrospectiva su tratamiento, 29 de los participantes (20 mujeres y nueve hombres) consideraban que aún tenían alguna problemática sin resolver o que los hacía sentir incómodos. Diecinueve reportaron que tal cosa obstaculizaba moderadamente su futuro; a siete los obstaculizaba muy poco, y a tres los obstaculizaba extremadamente.

Las dificultades referidas por los jóvenes fueron clasificadas de acuerdo con el contenido de las problemáticas: afectivas (en las cuales hacían referencia a sentimientos hacia sí mismos, como inseguridad y sentimientos depresivos, y buscaban una explicación a éstos), interpersonales (relaciones de noviazgo y relaciones con otras personas), familiares (dificultades con sus padres), y con respecto al proceso psicoterapéutico (duración y experiencias de la psicoterapia) (Tabla 12).

A los participantes también se les pidió una descripción de lo que habían percibido como positivo en la psicoterapia, en términos de resultados, conocimientos o experiencia. Las narrativas de los participantes fueron clasificadas en esas mismas categorías y se encontraron los temas que a continuación se mencionan y se muestran en la Tabla 13 junto con los testimonios correspondientes:

- Positivo como conocimiento; se identificó el tema de la posibilidad de resolución de dificultades.
- Positivo como resultado de la psicoterapia; los temas que se encontraron fueron identificación de problemas, conocimiento de sí mismos, relación diferente con sí mismos, y reconocimiento de aspectos en su manera de relacionarse con los demás.
- Positivo como experiencia de la psicoterapia; se identificaron los siguientes temas: expresar y reconocer la ayuda recibida, y la búsqueda de soluciones.

Asimismo, para 22 de los participantes fue extremadamente útil lo positivo de la psicoterapia, en tanto que para los otros 16 fue moderadamente útil.

Finalmente, se les preguntó qué tan satisfechos se sentían con el servicio recibido. Así, 18 de los participantes informaron sentirse muy satisfechos; 14 se sentían satisfechos; tres tenían sentimientos encontrados; dos dijeron que se sentían insatisfechos, y uno muy insatisfecho con la atención recibida.

De los nueve participantes que habían expresado que no había quedado nada sin resolver en el proceso psicoterapéutico, seis de ellos expresaron sentirse satisfechos con el servicio recibido y tres muy satisfechos. En tanto, quienes reportaron que había algo que no se había resuelto, 15 de ellos reportaron sentirse muy satisfechos; ocho se sentían satisfechos; tres tenían sentimientos encontrados; dos estaban insatisfechos y uno reportó sentirse muy insatisfecho.

Tabla 12

*Problemáticas que quedaron pendientes de resolverse para los pacientes en la psicoterapia*

Problemáticas	Testimonio
<b>Afectivas (13 participantes)</b>	
Sentimientos hacia sí mismos: como problemas de “baja autoestima”, “inseguridad”, sentir que se equivocaban y sentimientos depresivos, en la relación que tenían con sí mismos a partir de la manera en que se relacionaban con los demás, al “dependen” de ellos, con afectaciones somáticas; o bien buscaban el porqué de los sentimientos que en ese momento reconocían.	<p>“Se me dificulta aún el poder tomar una decisión sabia sin sentir que yerro y sentirme limitado, lo cual me hace sentir, de cierta manera, un tanto desmotivado” (hombre, 18 años).</p> <p>“Aún no logro establecer bien un vínculo conmigo misma, a tal grado que a veces suelo aún depender de la gente para poder sentirme bien yo misma” (mujer, 22 años).</p> <p>“Me cuesta trabajo entender la vida, cómo funciona en este momento, y de alguna forma siento algo como un vacío, algo que no puedo describir pero que siento que está ahí” (mujer 19 años).</p>
<b>Interpersonales (cinco participantes)</b>	
Problemas o rupturas de relaciones de noviazgo, o aislamiento de los demás.	<p>“Vida de pareja: aún existen muchas dudas y sentimientos encontrados acerca de mi relación y los problemas que hay en ésta. Celos: soy una persona en extremo celosa y me cuesta mucho controlarlos. En sí, todos mis problemas obstaculizan mi futuro” (mujer, 21 años).</p> <p>“Me he dado cuenta que me hace falta trabajar mucho más la forma de relacionarme con otras personas, porque me cuesta trabajo y me afecta un poco el sentirme aislada de todo el mundo” (mujer, 18 años).</p>
<b>Familiares (cuatro participantes)</b>	
Dificultades en la relación con sus padres.	<p>“En la terapia traté el tema de mi hermano y el trato diferente que recibía por parte de mi mamá; me siento incomoda con eso porque, a pesar de intentar hacer algo para que las cosas funcionen mejor, no hay grandes resultados, lo cual me sigue ocasionando problemas con mi mamá, los cuales no me gustan” (mujer, 18 años).</p>
<b>Proceso psicoterapéutico (siete participantes)</b>	
Corta duración de la psicoterapia, por el reconocimiento de dificultades que surgieron a partir de lo trabajado en el proceso, porque no fueron abordadas satisfactoriamente sus problemáticas, o porque había otras problemáticas que deseaban trabajar, además de las que ya se habían trabajado en la psicoterapia	<p>“La terapia fue muy útil, pero a la vez me hizo darme cuenta de que hay ciertas cosas que no están bien y que estaba tan acostumbrado que no las notaba” (hombre, 20 años).</p> <p>“Siento que necesito más de doce sesiones para poder comprender y superar todos los problemas que tengo” (mujer, 21 años).</p> <p>“Las cosas que yo quería tratar en la terapia fueron las que trabajamos; sin embargo, aún existen temas que faltan de tratar” (mujer, 20 años).</p>

Tabla 13.

*Percepción de los participantes sobre lo positivo de la psicoterapia*

Tema	Testimonio
<p>Positivo como conocimiento</p> <p><i>Posibilidad de resolución de dificultades:</i> manera diferente de considerar las problemáticas para darles una solución, ya sea “razonando” más sobre ellas, buscando “alternativas” de solución, “aprendiendo” de ellas, e identificando que son “procesos personales”</p>	<p>“Recibí muchísimo conocimiento en la terapia, aprendí a razonar un poquito más sobre las dificultades de mi vida diaria para así poder darles soluciones buenas sin olvidarme de que yo también existo. Además, aprendí que a veces las personas no son las que tienen que hacer algo para que las cosas cambien, sino que es uno mismo el que con pequeñas cosas hace que las cosas sean diferentes” (mujer, 18 años).</p>
<p>Positivo como resultado</p> <p><i>Identificación de problemas:</i> Reconocimiento de situaciones negativas que interfieren en su vida cotidiana para darles una comprensión diferente y dando una respuesta fuera de las habituales “teniéndolos en cuenta”, “expresándolos” y “enfrentándolos”.</p> <p><i>Conocimiento de sí mismos.</i> Autoconocimiento que permite una definición de sí mismos a través de conocer sobre los propios “pensamientos”, “sentimientos” y “aceptando puntos más positivos” de sí mismos.</p> <p><i>Relación diferente con sí mismos.</i> Interacción más positiva con sí mismo que surge a partir de la “confianza en sí”, proponerse metas accesibles, “aprendiendo a manejar lo que se siente” y piensa, lo cual favorece la “toma de decisiones” y la “reincorporación” a actividades.</p> <p><i>Reconocimiento de aspectos en su manera de relacionarse con los demás.</i> Manejo e interacción con los otros más independiente al darse cuenta de aspectos emocionales que antes influían en su manera de relacionarse con su familia o en sus relaciones sociales, como lo eran la búsqueda de “satisfacción de expectativas” y “opiniones”. Lo anterior favoreció el autocuidado “emocional”, el establecimiento de “límites” con los otros, “definir su espacio” y una relación diferente con sí mismos de mayor “seguridad” en la toma de decisiones, “sensaciones de alivio” y “felicidad”.</p>	<p>“Me ayudó mucho para poder darme cuenta de en qué estaba fallando y que no permitía dar el 100% en mis actividades escolares y en mi interacción con las personas que me rodean” (hombre, 20 años).</p> <p>“Me sorprendió lo mucho que puede ayudar, porque estaba muy escéptica con que podría realmente cambiar la perspectiva de lo que estaba pasando. También me ayudó a conocerme mucho más en todo, como si me hubieran quitado una máscara” (mujer, 26 años).</p> <p>“He podido comenzar poco a poco a construir cosas para mí misma y a establecer metas, sintiéndome cada día un poco más optimista con respecto al futuro” (mujer, 29 años).</p> <p>“Antes me costaba mucho meditar y después de haber acudido a ESPORA esto se me facilita, aprendí a tener una autoevaluación como resultado de observarme, no estaba consciente de que para mí representaba un problema el hacer demasiado caso de las opiniones de los demás y entendí que poner límites es importante” (mujer, 20 años).</p>
<p>Positivo como experiencia</p> <p><i>Expresar:</i> Vivencia de un espacio en el que se sentían en libertad de hablar de sus sentimientos, pensamientos y temas que les eran problemáticos y se les escuchaba sin juicios, de una manera “neutral”.</p> <p><i>Búsqueda de soluciones:</i> Experiencia de la psicoterapia donde se buscaban alternativas de soluciones a las situaciones problemáticas, “desde una perspectiva diferente” y recibiendo el “apoyo del terapeuta”.</p>	<p>“Hablar sobre todos mis problemas, como diría Marsh Simpson: ‘Los martes son mi botón de reinicio de la semana’, ya que puedo descargar todas mis molestias y buscar soluciones a éstos” (mujer, 21 años).</p> <p>“Primeramente, logré sentirme escuchada sin ser juzgada o que existiera un sesgo por parentesco o afecto. También noté que hubo una gran ayuda para poder ver mis problemas desde una perspectiva diferente e intentar resolverlos” (mujer, 22 años).</p>

## 2.2 Proceso psicoterapéutico

A continuación se presenta el análisis de los casos representativos de los tipos de depresión descritos por Bleichmar (2005): malestar depresivo predominantemente culposo, malestar depresivo predominantemente narcisista y malestar depresivo predominantemente por pérdida de objeto. Cada caso, se describe primero a partir del motivo de consulta y los antecedentes que se retomaron en la construcción del foco trabajado en la intervención. Consecutivamente, se analizan los casos con la tipología de momentos de cambio en el proceso psicoterapéutico propuesta por Krause et al. (2006). Los momentos se presentan con una viñeta representativa extraída de las transcripciones y se muestran en el orden en que fueron apareciendo en las sesiones.

Posteriormente, se analiza el proceso psicoterapéutico realizado en cada uno de los casos a partir de dos temas: el primero de ellos es *episodios de cambio*, donde se describen las estrategias terapéuticas asociadas al momento de cambio; el segundo tema es *proceso psicoterapéutico*, el cual se analiza a partir de las estrategias terapéuticas empleadas y el transcurso de cambio terapéutico. Para los fines de la interpretación, el transcurso del proceso de cambio se dividió en tres etapas íntimamente relacionadas. Esta división se hizo a partir de la consideración de lo expuesto por Bayo-Borràs (2006) en cuanto a ir notando las diferencias cualitativas del material narrativo y la aparición de un discurso diferente, en el cual las verbalizaciones se hacen más explícitas y menos confusas durante las distintas etapas del proceso. La primera etapa se consideró a partir del hecho de que las pacientes tenían una comprensión inicial diferente de su problemática y construían un significado nuevo para ellas. La segunda etapa implicó una manera más reflexiva de abordar ese nuevo significado y podían darse nuevos significados relacionados; el tercer estadio comprendió la consolidación del significado o



significados construidos en la relación terapeuta-paciente. Por último, en cada caso se saca una conclusión acerca de lo observado.

Al final del capítulo se hacen conclusiones generales sobre la información obtenida de los casos presentados.

## **I. Malestar depresivo predominantemente culposo**

### *Alicia<sup>2</sup>*

Alicia tenía 21 años al momento de solicitar el servicio de atención psicológica, y estaba en el séptimo semestre de la carrera. Era la segunda de tres hijos de una familia integrada por el padre, la madre, una hermana mayor y un hermano menor. Sus padres se habían divorciado y cada uno tenía otra nueva pareja. Alicia vivía con su mamá, su abuela materna y su hermano.

#### *1.1 Foco terapéutico*

##### a) Motivo de consulta.

En las entrevistas iniciales, Alicia mencionó sentir malestar emocional desde hacía aproximadamente un año y medio atrás debido a que había terminado una relación de cinco años con su novio Joel:

*“Ya tengo como, yo creo que como más de un año y medio que no me siento bien, así estable, desde que rompí con mi novio, así, que teníamos como cinco años, [...] de ahí como que derivó y me fui como en pique ... no sé, me sentía muy mal [...]”.*

Alicia mencionaba que la ruptura de su noviazgo con Joel fue porque había comenzado a salir con Antonio, un compañero de la universidad. Joel se dio cuenta, terminó la relación con ella y a partir de entonces Alicia se arrepentía de lo sucedido. Después de esta ruptura, inició una

---

<sup>2</sup>Todos los nombres presentados fueron cambiados por razones de confidencialidad.

relación formal con Antonio, pero extrañaba a Joel, y, por ello, Antonio terminó el noviazgo con Alicia. Ella se sentía triste por lo ocurrido, y esto repercutió en sus actividades académicas, lo cual la llevó a buscar atención psicológica.

b) Búsqueda de ayuda.

Antes de solicitar ayuda psicológica, Alicia emprendió algunas estrategias buscando sentirse mejor. Inicialmente, se aisló de sus amigos para no depender de ellos, pero se dio cuenta de que no le gustaba estar sola, y entonces buscó el apoyo de ellos:

*“...y sentía que ni siquiera me ayudaban, [...] ya llegó un punto en el que o me decían lo mismo, o llegaba un punto en el que ellos me decían ‘es que ya no sé qué decirte’, entonces ya fue cuando dije ‘no, pues es que entonces necesito ayuda profesional’ [...]”.*

Aceptar que esta situación se había convertido en un problema difícil de sobrellevar por sí misma la llevó a buscar atención en el Programa ESPORA.

c) Antecedentes familiares.

Los padres de Alicia profesaban la religión católica. Se habían separado hacía aproximadamente seis años debido a peleas violentas entre ellos. Desde que Alicia era muy pequeña, ella se sentía decepcionada de su papá al ver esas peleas. Cuando sus padres se separaron, se sentía muy enojada con su papá y se había distanciado de él, pero con el tiempo ya se llevaban mejor. Sobre la relación con sus hermanos, Alicia narraba que se sentía protegida por su hermana, pues la defendía cuando había problemas en su casa. Por su parte, Alicia protegía a su hermano desde que eran pequeños. La familia extensa materna (compuesta principalmente por tías y primas) intervenía en la dinámica familiar y tendía a involucrarse en las situaciones familiares y personales de Alicia.

## d) Antecedentes personales.

La primera relación de noviazgo de Alicia fue con Javier y duró seis meses aproximadamente. Esta relación terminó cuando su mamá le prohibió que volviera a verlo porque había pensado que habían tenido relaciones sexuales. Javier tendía a culparla de lo sucedido. Al poco tiempo de esto, inició su noviazgo con Joel, pero después del primer año de relación comenzó a haber dificultades entre ellos:

*“...Cuando él me regañaba, no le decía nada, o sea, sí era como, me hacía sentir mal, o sea, si él me decía ‘¿es que qué hiciste?’, como que yo siempre lo admiré, entonces, o sea, sí, sí me hacía sentir mal y yo decía ‘sí, yo tuve la culpa’”.*

Estas situaciones fueron empeorando con el tiempo y, cuando ella comenzó a salir con Antonio, Joel se dio cuenta y terminaron por esa razón:

*“...entonces él me decía [...] ‘pues íbamos bien, la que fallaste fuiste tú, no era la manera’, así, como que se podía arreglar, ‘¿por qué no me dijiste? [...]’”.*

En lo que se refiere al ámbito académico, Alicia cursó un año universitario, pero, al no cubrir el promedio requerido para continuar, cambió de carrera, con lo cual se sintió mal con sí misma. Cambiar de carrera fue un proceso difícil también y quedó a deber dos materias en el primer semestre. No obstante, logró adaptarse y acreditó todas las materias correspondientes al semestre en que iba. La profundización en los antecedentes mencionados permitió delimitar los componentes del foco y definir la problemática que surgió ante la ruptura de la relación de noviazgo de Alicia. Se concluyó que lo prevaeciente era un malestar depresivo predominantemente culposo, cuyo foco fue la resignificación de los sentimientos de culpabilidad por la ruptura de su relación de noviazgo, tal como se muestra en la Tabla 14.

Tabla 14  
Elementos del foco terapéutico trabajado con Alicia

<b>ESTRUCTURA DEL FOCO TERAPEÚTICO</b>		
<b>Foco</b>	<b>Resignificación de sentimientos de culpa en la ruptura de su relación de noviazgo</b>	
<b>Componentes del foco</b>	Conflicto focal/Motivo de consulta	Sucesión de eventos en un corto período: pérdidas a partir de la ruptura de dos relaciones de noviazgo; noticia de que una amiga cercana tenía cáncer y su posterior fallecimiento; la enfermedad de su gato que anunciaba una pérdida más ante su posible fallecimiento.
	Situación problema/Factor desencadenante	El malestar emocional ocasionado por la terminación de su noviazgo con Joel repercutió en la convivencia con sus amigos y en lo académico. Asimismo, lo que le decían sus amigos para apoyarla no la hacía sentir mejor, razón por la cual buscó ayuda profesional.
	Punto de urgencia (Depresión: tipo/características)	<p>Reacción depresiva predominantemente culposa</p> <p>Predicados internos de culpabilidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Joel era representado como sufriendo y dañado por el comportamiento de ella. Ella se sintió culpable ante esto.</li> </ul> <p>Predicados externos/origen de los sentimientos de culpabilidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Joel le decía que ella había sido la culpable de la ruptura.</li> <li>- Asimismo, su primer exnovio la culpó de lo sucedido cuando les prohibieron verse.</li> <li>- Los enunciados morales maternos hacia su comportamiento habían sido de gran relevancia para Alicia.</li> </ul> <p>Tipo de culpa: depresiva, sentía necesidad de reparar el daño ocasionado. Yo-representación es malo y hay responsabilidad por las acciones cometidas, ante lo cual había un empobrecimiento del Yo.</p> <p>La brecha entre el Superyó y el Yo se inscribía en el ideal de no agresión, y sin embargo pensaba que el objeto (Joel) había sido dañado por ella. Por consiguiente, la crítica del Superyó se dirigía a lo que le había hecho a Joel.</p> <p>Angustia de castración: displacer ante la separación/pérdida de su novio.</p> <p>La agresividad había recaído hacia sí misma por medio de los autorreproches y en cierto deterioro social y académico.</p>
	Conflicto nuclear	Relación de los padres envuelta de peleas. Enunciados morales en la dinámica familiar.
	Aspectos caracterológicos individuales	<p>Funciones del Yo alteradas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentido de sí mismo: autoestima empobrecida, sus autorrepresentaciones se encontraban muy vinculadas a las representaciones que los otros tenían de ella.</li> <li>- Relaciones objetales: la manera en que se había relacionado con sus novios fue a partir de admirarlos y la idealización perduraba aun cuando el comportamiento de ellos la hicieran sentir mal a ella.</li> <li>- Procesos de pensamiento: dificultades para concentrarse en las actividades académicas.</li> </ul> <p>Recursos defensivos predominantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Racionalización: justificaba constantemente el comportamiento de Joel.</li> <li>- Vuelta contra sí mismo: redirección de los impulsos hostiles hacia sí misma.</li> </ul>
	Situación interpersonal/grupal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Casa</li> </ul> <p>Padres separados, desde hacía seis años aproximadamente, debido a una dinámica de pareja de violencia. Alicia perdió la confianza en su papá a partir de las peleas que veía entre los padres. Dificultad para entender el comportamiento social de la madre, en el que sobresalían sus preceptos morales. Hermana mayor protectora con ella, y a su vez Alicia protectora con su hermano. La familia materna extensa tendía a involucrarse en la dinámica familiar y personal de ella.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relaciones de noviazgo</li> </ul> <p>En sus dos primeras relaciones de noviazgo, a ella le había sido difícil discernir la forma de comportarse que tenían ellos, quienes tendían a culparla de las experiencias malas vividas. Sentía dependencia hacia ellos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Amistades</li> </ul> <p>Se sentía apoyada por sus amigos, y recurría a ellos ante situaciones difíciles.</p>
	Contexto social más amplio	Nivel socioeconómico familiar medio bajo. Económicamente dependiente de los padres. La religión predominante en la familia era la católica. Padres con carrera universitaria; sus hermanos estaban estudiando la universidad. Cambió de carrera debido a dificultades académicas que repercutieron en su promedio académico.
Hipótesis diagnóstica	Sentimientos de culpabilidad, de tristeza y autorreproches debidos a que consideraba que por su proceder había terminado su relación de noviazgo. Autocrítica negativa.	

### *1.2 Momentos de cambio*

En el análisis de los momentos de cambio se identificaron los siguientes temas intrasesión: reconocimiento de la propia participación en los problemas; reconceptualización del problema; establecimiento de nuevas relaciones entre aspectos personales y elementos del entorno (familiares); cuestionamiento de formas de comportamiento y de entendimiento; expresión de la necesidad de cambio; aparición de sentimientos de competencia; transformación de las valoraciones y emociones en relación con sí misma; formación de nuevos constructos subjetivos respecto de sí misma y reconocimiento de la ayuda recibida. A su vez, los temas extrasesión identificados fueron: manifestación de un comportamiento nuevo y transformación de emociones con relación a otros. A continuación, se presentan dichos momentos reconocidos en las sesiones.

#### Sesión 1.

##### *- Reconocimiento de la propia participación en los problemas.*

Alicia se preguntaba constantemente qué era lo que quería respecto a lo académico. Estaba haciendo prácticas de laboratorio como parte de su trayectoria universitaria y había cometido algunos errores, ante lo cual expresaba su sensación de malestar con sí misma:

*Terapeuta: “Y parece que la más exigente de todos eres tú ¿no?, [...] de que ‘soy una plasta, tengo que trabajar’” (confrontación: focalizar).*

*Alicia: “No entiendo por qué me equivoqué, o sea, siempre me juzgo mucho, ya me di cuenta de que sí me estoy saturando de tantas cosas, como que en mi cabeza está y no puedo hacer las cosas bien”.*

A partir de la confrontación que la terapeuta expresaba, Alicia mostraba una comprensión alternativa y había un cuestionamiento de la exigencia hacia sí misma, con lo que también identificaba la influencia de esto en su problemática.

*- Reconceptualización del problema.*

Joel había tomado la decisión de terminar con su relación después de enterarse de que Alicia salía con Antonio. Ella se sentía mal, no sabía si por “costumbre” o por “extrañarlo”, pero sentía “nostalgia”; incluso, en ocasiones, no podía dormir porque se ponía muy triste y se arrepentía:

*Terapeuta: “¿Arrepentimiento de qué? (pregunta: focalizar).*

*Alicia: “Como de no haber hecho algo, [...] y es extraño porque yo siento que extraño algo que ya no está en él, o sea, que cuando seguíamos juntos, ya no estaba él, es que no entiendo qué pasó en nosotros, ya somos diferentes ¿no? [...]”.*

Alicia cuestionaba las vivencias en la relación con Joel y comenzaba a comprenderlas de una manera diferente.

Sesión 2.

*- Reconocimiento de la propia participación en los problemas.*

Alicia estaba iniciando otro noviazgo, con Alberto, pero decía merecer sentirse mal por lo sucedido con Joel:

*Terapeuta: “Bueno, pero entonces de esa manera, [...] tu eterno castigo va a ser que nunca vas a poder llenar el idealizado que tenías con Joel, valdría la pena que realmente analizaras si con Joel era todo tan perfecto o eres tú la que te estás castigando” (confrontación: focalizar).*

*Alicia: “Soy yo que siento que, y ni siquiera siento, o sea, no sé, como si hubiera algo indefinido, como que yo misma me estoy torturando con eso [...] o sea, como que no me perdono a mí misma [...]”.*

Después de ser confrontada sobre su autocastigo, Alicia cuestionaba sus ideas y reconocía que éstas mantenían su sensación de malestar.

*- Reconceptualización de los problemas.*

*Terapeuta: “En tu supuesto castigo, entras en una relación con alguien que te quiere, que te procura, porque decías que en un principio así era Antonio, y así es Alberto, [...] tienes algo que podría ser positivo para ti y parece que tú misma te estás bloqueando esa posibilidad [...]” (interpretación: resignificar).*

*Alicia: “No queriendo, pero si tú lo pones así, me estoy saboteando a mí, y al sabotearme a mí, los voy a sabotear a ellos [...] a veces me echo mucha tierra yo sola, o sea, como si fuera una gota de caos, siempre que llego a un lado, como que así, siento que todo se hace así, o algo no sale bien [...]”.*

A partir de la interpretación de la terapeuta, Alicia continuaba cuestionando la idea de merecer sentirse mal y reconocía su propia participación en sus problemas. Comenzaba a comprender de una manera distinta lo que pasaba en sus relaciones.

Sesión 3.

*- Establecimiento de nuevas relaciones entre aspectos personales y elementos del entorno.*

Alicia comentaba que su papá pidió el divorcio cuando ya tenía otra relación. Eso había hecho que Alicia se enojara con él, él había “traicionado” a su mamá, y engañar era lo “peor que

se podía hacer”. Joel le había dicho que era “como un gen”, porque ella había salido con Antonio cuando aún eran novios, y porque también la hermana de Alicia había tenido otra relación mientras tenía novio.

*Terapeuta: “[...] Habría que realmente tratar de entender cómo te afectó lo de tu papá para que puedas ver cómo te está afectando el pasado en tu vida” (construcción: resignificar).*

*Alicia: “Yo siento que estoy repitiendo y parece que viene de familia, de hecho, por eso a veces como que me asquea mi presente, o sea, no me gusta, porque [...] sólo repito esa parte de que siento que mi mamá ya se conformó con su novio, fue lo primero que llegó, y mi hermana, ahorita su actual novio, así le hizo también. O sea, mi mamá es mucho de ‘quien las quiere, que las cuide’, [...] entonces yo siento que estoy haciendo lo mismo”.*

La terapeuta hacía énfasis en las repeticiones familiares y cómo podrían estar afectando a Alicia. Por su parte, Alicia establecía asociaciones de las repeticiones que se daban entre su mamá, su hermana y ella en sus respectivas relaciones de noviazgo.

- *Cuestionamiento de formas de comportamiento.*

*Terapeuta: “¿Y qué es lo que tú quieres?, porque parece que siempre complaces los deseos de todo el mundo, entonces lo importante es aquí ver qué es lo que tú quieres, [...] sin que te lleguen esas culpas porque escoges lo que tú quieres” (recapitulación: focalizar).*

*Alicia: “Tengo ese miedo de hacer lo mismo, [...] o sea, que veo a mi mamá, que veo a mi hermana, y es que, físicamente, Alberto no me gusta, lo que siento que es como un impedimento fuerte, es que siento que eso va a ser un problema”.*



La terapeuta hacía una recapitulación de la sesión, mientras Alicia vinculaba lo que había sucedido en las relaciones de su mamá y de su hermana con su propia relación de noviazgo, cuestionándose así su proceder en esta relación.

#### Sesión 4.

- *Expresión de la necesidad de cambio.*

Alicia hablaba de las vivencias en su relación con Antonio, en la cual se preocupó “más por él, en hacerlo sentir feliz”:

*Terapeuta: “¿Sabes que noto?, como una constante en lo que has estado platicando, que no queda muy claro qué es lo que tú quieres, o sea, no hay un deseo claro, [...] pero te sacrificas porque los otros estén bien” (construcción: focalizar).*

*Alicia: “Ajá, y [...] no sé, siento que, si alguien puede como acceder a mí, es cuando estoy triste [...]”.*

*Terapeuta: “Pero es que tú empezaste con Joel porque estabas triste por Javier, decías que Joel ahí te escuchaba, y luego estuviste con Antonio porque ya no estabas con Joel, y ahora estás con Alberto porque no estabas bien con Antonio, pero pues piénsale por ahí, ¿qué es lo que tú quieres?” (construcción: resignificar).*

*Alicia: “Pues sería bueno encontrarlo, es que, ajá, como que nunca sé qué es lo quiero, [...] si yo estuviera segura, sabría lo que me pasa, no sé lo que me pasa”.*

En la secuencia anterior, se aprecia que las construcciones de la historia de Alicia, transmitidas por la terapeuta, se mantenían en la pregunta sobre qué era lo que quería, Alicia se cuestionaba al respecto. Con ello había una apertura a nuevas formas de entendimiento sobre lo que le sucedía.

## Sesión 5.

- *Cuestionamiento de formas de entendimiento.*

Había sido cumpleaños de Alicia y Joel le dio un regalo. Alicia no entendía el comportamiento de Joel:

*Terapeuta: “Pero el punto no es sólo lo que quiera Joel, [...] es ¿tú qué quieres? [...]”*

(señalamiento: focalizar).

*Alicia: “Pues es que ya sé que quiero, o sea, yo quiero estar con Joel”*

*Terapeuta: “¿Entonces por qué estás con alguien más?”* (confrontación: clarificar).

*Alicia: “[...] si lo que quiero es como, siento que va en contra de lo que realmente es lo correcto, o sea, digo ‘no es correcto’, [...] y es que intento estar bien, es que no puedo cerrar el ciclo, o sea, es lo que no puedo y es lo que no me deja estar bien ¿no?”.*

La terapeuta dirigía la atención, nuevamente, sobre qué era lo que Alicia quería. Le mostraba la contradicción entre lo que decía querer y lo que estaba haciendo. Ante esto, Alicia se cuestionaba al respecto.

## Sesión 6.

- *Cuestionamiento de formas de entendimiento.*

Alicia tenía una enfermedad de transmisión sexual. Esto afectaba sus relaciones, incluso había pasado un tiempo en que se “obligaba” a estar sola porque pensaba que al decirlo iban a “huir” de ella:

*Terapeuta: “¿Y eso influye en que tú estés con Alberto?, que no huya” [...]*

(confrontación: focalizar).

*Alicia: “Creo que sí, ajá, sí, fue como ‘él me quiere así’, y dije ‘bueno’, pero como si aceptara, o sea, diciendo ‘él me va a cuidar’, así, no importándome realmente qué es lo que quiero [...]”.*

*Terapeuta: “¿Qué representa eso para ti?, [...] ¿cómo te ha afectado en tu autoestima y en tu seguridad? porque, porque, ahora tú ya tienes que esperar a ver ‘el que me quieran’ ¿no?” (confrontar: resignificar)*

*Alicia: “Muchísimo, muchísimo, desde esa noticia (su enfermedad), mi autoestima se fue al piso, o sea, y no lograba relacionarlo bien cómo, pero es por tener una pareja, o sea, dije ‘nadie me va a aceptar’, y lo sigo pensando [...]”.*

En esta viñeta se aprecia que la terapeuta dirigía la atención sobre que Alicia no había considerado lo que quería, ante lo cual Alicia cuestionaba su decisión de tener un noviazgo con Alberto.

*- Reconceptualización del problema.*

*Terapeuta: “Cuando tú misma te puedes cuidar, en el momento que tú te des cuenta de cualidades que estás buscando, tú misma las puedes llenar, [...] porque por eso sigues buscando a Joel porque sientes que lo necesitas” (señalamiento: resignificar).*

*Alicia: “Y ese es un problema, porque me siento como una persona dependiente, que dependo de alguien más para estar feliz, [...] o sea, pero no puedo, siento que algo me falta, me da miedo estar sola [...]”.*

Cuando la terapeuta le señaló que lo que buscaba era algo que necesitaba, Alicia establecía un modo de funcionamiento propio, con lo que comenzaba a comprender de una manera diferente su problemática.

### Sesión 7.

- *Aparición de sentimientos de competencia.*

Alicia quería “estar un tiempo sola” para pensar sobre su relación con Alberto, pero, en ocasiones anteriores, en que había terminado una relación de noviazgo, su mamá y sus hermanos la invitaban a salir y ella sentía que la “adoptaban”:

*Terapeuta: “Todo depende de qué posición te pongas, si tú lo quieres ver como ‘estaba yo tirada así y entonces me sacaban porque me veían muy mal’, o no, ‘yo decidí apropiarme de mi tiempo’, [...] finalmente tú apropiarte de tu vida y decir ‘yo quiero esto, yo quiero lo otro’ [...]” (señalamiento: focalizar).*

*Alicia: “Pero es que yo no me lanzaría a un museo sola o al cine sola, no me gusta salir así, pero pues sí, tienes razón, no es que sea realmente tu novio el que tiene que estar ahí, puedo ir con cualquiera que sea mi amigo, amiga, lo que sea”.*

En esta viñeta se aprecia la aparición de sentimientos de competencia en Alicia y, con ello, la posibilidad de una mayor autonomía en cuanto a su dependencia.

### Sesión 8.

- *Reconceptualización del problema.*

Alicia “agradecía” que le hubiera ido mal en la primera carrera, y, aunque en aquel entonces se había deprimido, ahora pensaba que “las cosas pasan por algo”:

*Terapeuta: “¿Y qué otras cosas ahorita podrías decir que, o sea, han sido difíciles o dolorosas, pero por algo han pasado y que a la larga van a ser positivas?” (pregunta: clarificar).*

*Alicia: “Lo mismo por lo que vine (risa), [...] o sea, si yo hubiera estado en mi mundo de mi relación es perfecta, no hubiera entendido que había problemas realmente [...]”.*

*Terapeuta: ¿Y qué crees que te diría alguien que ya hubiera pasado por una situación por la que tú estás pasando ahorita? (pregunta: clarificar).*

*Alicia: “[...] como que no puedo terminar o determinar que algo me va a pasar, o que algo hice mal, y que a partir de eso mi vida cambiará [...]”.*

*Terapeuta: “[...] que ya una cosa que pasó no te condene todo el resto cuando dices ‘no me puedo perdonar’” (señalamiento: focalizar).*

*Alicia: “Por eso me diría que estoy equivocada, [...] como que sólo va a ser una de las características que va a tener mi vida”*

En esta viñeta, a partir de las preguntas realizadas por la terapeuta, Alicia va reflexionando sobre cómo vivía ahora las experiencias de su vida. Al llamar la atención la terapeuta sobre lo significativo de la narración, Alicia comprendía de manera diferente lo que había sucedido, con lo que enriquecía los significados ya trabajados en la psicoterapia.

Alicia había podido cerrar también, el ciclo de una amistad que había sido importante y ya no tenía esa “necesidad de buscarla”:

*Terapeuta: “Y que pudieras hacer eso en otras relaciones, que pudieras llegar a ese punto en que aceptas que se cerró y que no implica que no pueda abrirse en un futuro, o que ya das todo por hecho en esta vida, [...]” (señalamiento: focalizar).*

*Alicia: “A veces siento que eso sí lo hace el tiempo, [...] yo me echaba la culpa de lo que le hice a Joel y no me la podía quitar, [...] ya no es como reprocharte lo que ya pasó, sino aprovechar lo que ya tienes o lo que tienes ahorita”.*

Alicia enriquecía su comprensión y, con esto, seguía resignificando sus sentimientos de culpa ante lo sucedido.

*- Transformación de emociones en relación con sí misma.*

*Terapeuta: “Hay veces que esa culpa es una manera de seguir relacionándonos con esas personas que ya no están, [...] pero [...] ¿qué pasa si realmente ahorita no quieres estar con nadie y tú lo estabas atribuyendo a esa culpa que tienes con Joel cuando realmente es porque tú no estás lista?, es tan fácil decir ‘porque yo se lo debo a Joel y no me lo merezco’” (confrontación: resignificar).*

*Alicia: “Siento que cada vez me alejo más de esa culpa, [...] pero ¿cómo logro no sentirme insegura?, ¿cómo sentirme segura por mí misma?, o sea, eso, como que creo que es algo que me hace falta mucho, o sea que por eso busco cosas”.*

Aunque Alicia no lograba sentirse segura de sí misma aún, percibía de una manera diferente su sentimiento de culpa mostrando así una transformación de la valoración que tenía de sí misma.

Sesión 9.

*- Manifestación de un comportamiento nuevo.*

A Alicia la habían invitado a una fiesta a la que también iría Joel. Él llevaría a una acompañante que era su “prospecto de novia”. Alicia decidió no ir a la fiesta, a pesar de que finalmente él le dijo que no la llevaría:

*“Sí pensé que lo mejor fue no verlo, dije ‘no, me evito problemas, o sea, de mi relación’, y digo ‘conmigo misma’, y mejor ya no fui”.*

En este momento extrasesión se aprecia como Alicia, después de reflexionar sobre la situación, aplicaba lo que se había estado trabajando en el proceso.

*- Transformación de emociones con relación a otro.*

Optó por estar con Alberto:

*“La verdad me la pasé muy bien, fuimos a la Cineteca, andaba como muy pegada a él, ... o sea, cosas como más de novios, como que siento más cariño por él”.*

Alicia hablaba de sus sentimientos hacia Alberto y ya no sólo expresaba lo que él sentía por ella.

Sesión 10.

En la última sesión, a partir de las intervenciones de la terapeuta, Alicia reflexionaba sobre su proceso psicoterapéutico y fortalecía las resignificaciones trabajadas.

*- Reconceptualización del problema.*

*Terapeuta: “¿Cómo ves ahorita, en este momento, pues el problema por el cual viniste originalmente?”*

*Alicia: “Creo que yo vine porque sentía como esa culpa y ese arrepentimiento como de lo que había pasado en mi relación pasada y cómo pasó, [...] y, pues hace poquito cuando vi que había superado lo de mi amiga, [...] como que eso me da como esperanza de que sí pueda [...] cerrar el ciclo con Joel [...] entonces yo siempre como que me culpé, como si lo hubiera echado a perder todo yo sola, y teníamos ya problemas, o sea, quizá sí se pudieron haber solucionado, pero no, no lo hicimos ninguno de los dos [...]”.*

Como se aprecia en la viñeta, Alicia consideraba la posibilidad de cerrar el ciclo de la relación con Joel al retomar aspectos propios y de él.

*-Transformaciones de las valoraciones y emociones en relación con sí misma.*

*Alicia: “[...] ya no me lo reprocho, o sea, sí me reprocho, pero ya no, hum, no me reclamo, o sea, sí siento que hago, a veces, muchas cosas de las cuales me arrepiento o no me siento como bien de haberlo hecho, porque aparte siento que la mayoría de las veces yo no las decido, [...] sea lo que sea que vaya a ser, mejor lo decida yo antes y pues ni modo ¿no?, o sea, aguantarme las consecuencias, sean buenas, sean malas”.*

Había un cambio en cómo se veía a sí misma, el sentimiento de culpa era diferente, ya no parecía tan agobiante, y se mostraba con la confianza de tomar decisiones, aceptando que podrían tener consecuencias.

*- Formación de nuevos constructos subjetivos (nuevas representaciones de sí misma).*

*Terapeuta: “¿Y cómo te sientes ahorita contigo misma?”*

*Alicia: “Pues, siento que tengo que aprender muchas cosas, de esas veces que dices ‘bueno, estoy mal aquí, aquí y acá’, [...] como que trabajar en ello, y parte de eso era como mi propia seguridad, o sea, que yo estuviera segura de lo que yo hago, de lo que yo quiero, de lo que yo, y dejar de buscarla [...]”.*

*Terapeuta: “¿Y crees que ahorita puedes tener una mejor comprensión de lo que te está pasando?”*

*Alicia: “Sí, yo creo que sí, [...] siento que a veces me guió mucho por mis recuerdos ... como que me da una nostalgia infinita como si eso se pudiera volver a repetir, entonces como que me cuesta trabajo entender que las cosas son diferentes [...]”.*



En sesiones anteriores había establecido un modo de funcionamiento psicológico, ahora estaba construyendo una teoría de sus procesos psíquicos.

*- Manifestación de un comportamiento nuevo:*

*Terapeuta: ¿Y en tus relaciones con los demás, te sientes mejor, te sientes diferente?*

*Alicia: “Sí me siento mejor, [...] yo era tan insegura de lo que estaba haciendo porque nunca me había pasado algo como tan crítico en mi vida, [...] entonces, yo buscaba, [...] le pregunté a todos los que yo sentía confianza [...] ahora [...] como que lo generalizo mucho, pero ya no me abro tanto”.*

Alicia ya no les platicaba a sus amigos todo lo que le pasaba y sentía que esto era un cambio positivo en su manera de actuar.

*- Orientación de un comportamiento nuevo.*

*“Le dije a Joel que le iba a dar una carta, [...] como que dices ‘bueno, por lo menos, sabes que a la otra persona ya se lo dijiste’, o sea, ya como te libera algo, va a ser mucho más difícil con Joel porque es un ciclo que llevo abierto desde hace tiempo, un año, no puedo cerrarlo”.*

Como parte de esos comportamientos nuevos que Alicia manifestaba, se proponía comenzar a cerrar el ciclo de su relación con Joel.

*- Reconocimiento de la ayuda recibida.*

*“Sólo agradecerte, [...] como que sí me sirvió, [...] yo me entregué como de entrada a algo, como ‘bueno, creo que a eso se dedican’, entonces como que desde un principio dije ‘pues sí tienen la confianza’”.*

Alicia agradecía la ayuda recibida al reconocer que sí le había servido el proceso y donde también reconocía el trabajo de la terapeuta.

### *1.3 Proceso psicoterapéutico*

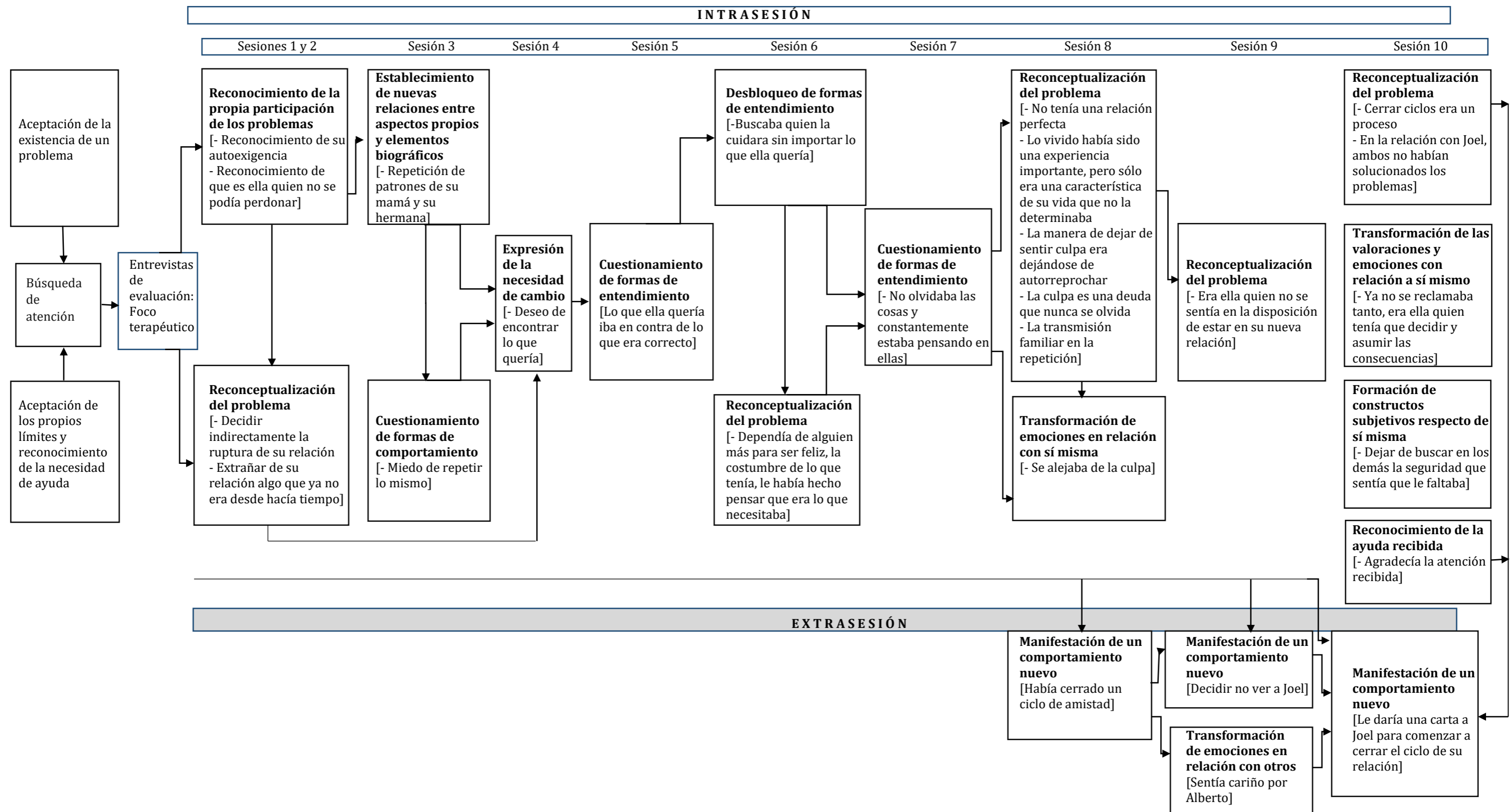
#### a) Episodios de cambio.

En el análisis de los episodios de cambio, se observó, como se muestra en la Figura 9, que si era un episodio único o el primero que ocurría en la sesión, al inicio se utilizaba más la estrategia de clarificar; sin embargo, cuando se aproximaba el momento de cambio, las estrategias más empleadas fueron focalizar y resignificar. Es decir, la terapeuta profundizaba en aspectos de las narraciones de la paciente, para después dirigir el proceso hacia temas relevantes con respecto al foco terapéutico, o se construían nuevos significados de esas narraciones.

En cambio, si el episodio ocurría después de uno previo, en general, se encontraba relacionado con éste, aunque no fuera continuo en el transcurso de la sesión, o podía seguir inmediatamente después del primero como sucedió en la tercera y la sexta sesiones. En estos segundos episodios, las estrategias empleadas, a medida que se acercaba el momento de cambio, fueron focalizar y resignificar. De este modo, la atención se dirigía hacia lo relevante del contenido de los temas de las narraciones y se presentaban contenidos nuevos de las mismas. Los episodios de cambio identificados en el proceso estaban relacionados entre sí.

Por otra parte, en algunos casos, un episodio de cambio no estaba conformado por un solo segmento de la sesión, sino que dentro de una misma sesión podían verse varios segmentos no continuos sobre el mismo tema e, incluso, podían verse esos segmentos a lo largo de todo el proceso. En relación con esto, los temas de cambio reconocidos en la última sesión fueron el resultado de los episodios de cambio surgidos en las sesiones previas.

Figura 9. Secuencia de los episodios de cambio durante el proceso: estrategias utilizadas por la terapeuta y los temas de cambio de la paciente en las sesiones. También se muestran los temas de cambio extrasesión



## b) Proceso psicoterapéutico

En las entrevistas de evaluación, las estrategias empleadas por la terapeuta consistieron en explorar y clarificar, solicitando información y explicaciones sobre el motivo de consulta y los antecedentes personales y familiares de Alicia. A partir de la información recabada, se utilizó la estrategia de focalizar, circunscribiendo los contenidos de la información para construir el foco terapéutico.

En la psicoterapia, la terapeuta utilizó las estrategias de explorar y clarificar para ampliar la información, solicitar explicaciones, examinar o explorar la comprensión de la paciente, así como pedir y dar especificaciones de los contenidos referentes a sus sentimientos de nostalgia, arrepentimiento y culpa. La estrategia de focalizar la empleó, sobre todo, para condensar y circunscribir contenidos sobre las propias exigencias de Alicia, los juicios negativos que tenía de sí misma, su autocastigo, con respecto a su búsqueda en los otros de lo que sentía que le faltaba a ella, y para hacerle notar que una relación de noviazgo no reemplazaba a otra. También se le hizo ver que podía decidir, elegir y construir lo que ella quisiera. Estos contenidos narrativos de la paciente estuvieron presentes en todo el proceso psicoterapéutico.

Este proceso se dividió a partir del contenido de las resignificaciones, es decir, a partir de la construcción y la consolidación de nuevos significados de las narraciones tanto por la terapeuta como por Alicia, con lo cual se identificó el proceso de cambio. En el momento inicial de este cambio, la terapeuta vinculó (asoció) la dificultad de Alicia para decidir en situaciones escolares como también había sucedido en su relación de noviazgo. Por su parte, en este primer momento -al cuestionar el contenido de sus narraciones-- Alicia reconocía su autoexigencia, autosabotaje y autocrítica en su sensación de malestar, y distinguía que extrañaba de su relación algo que ya no era.

En la mitad del proceso de cambio, la terapeuta establecía un modelo de funcionamiento psicológico de Alicia sobre cómo su autocastigo afectaba su relación con Alberto por repetir lo que había hecho su papá, y en la manera en que había iniciado sus relaciones de noviazgo a partir de que se sentía triste. Asimismo, la terapeuta cuestionaba el contenido de las narraciones de Alicia en lo referente a que, debido a su enfermedad, esperaba que la quisieran y enriquecía los significados construidos acerca de que creía que encontraría en los otros lo que le faltaba.

Paralelamente, Alicia vinculaba los patrones de actuación de sus padres y hermana con lo que ella había hecho en su relación con Joel y lo que sucedía en su relación con Alberto. Al respecto, se cuestionaba sobre lo que quería y lo que era correcto para sí misma. También, cuestionaba buscar a alguien que la cuidara sin considerar otros aspectos, y establecía un modelo de funcionamiento psicológico al notar que dependía de los demás para ser feliz. Finalmente, en este momento del transcurso del cambio, Alicia enriquecía los significados en cuanto a que, para ya no sentir culpa, tenía que dejar de reprochar y aprovechar lo que tenía en ese momento, y también con respecto a que se iba alejando de la culpa. De igual forma, aplicaba estos significados al decidir no ver a su exnovio y reconocer que sentía cariño hacia Alberto.

En el momento final del proceso de cambio, la terapeuta señalaba las consecuencias del significado de los sentimientos de culpa al dirigir la atención sobre la función que cumplía ésta para Alicia, así como también que ésta podía elegir y buscar lo que ella quería. Mientras tanto, Alicia fortalecía los significados construidos a través de aceptar que hubo problemas que ni ella, ni Joel resolvieron; lo mismo ocurrió al hablar de cerrar el ciclo de la relación con Joel, y en trabajar en lo que ella quería y no buscar la seguridad en los demás. Finalmente, Alicia decidía darle una carta a Joel para cerrar su relación. Estos cambios fueron reconocidos por la terapeuta.

Las intervenciones específicas (pregunta, esclarecimiento, señalamiento, confrontación, construcción, interpretación, recapitulación) que conformaron las estrategias se emplearon según la meta que se quería lograr. Además de la escucha analítica mediante la cual se le daba un lugar como sujeto a Alicia, la función de contención de la terapeuta predominó en este caso: contener sus angustias por el castigo ante la representación del daño infringido al objeto. Los sentimientos de culpabilidad se pueden entender como situados del lado de un ideal de obligaciones por estar ligados a los problemas de la ley y la ética (Laplanche, 2012). De esta manera, el crecimiento mental de buscar lo que Alicia quería fue puesto en juego en el proceso psicoterapéutico a partir de que la terapeuta fue conteniendo esa angustia culposa.

#### *1.4 Conclusión del caso*

Alicia sufría por la pérdida de Joel y también se sentía culpable por haberlo lastimado porque se había encontrado ante dos opciones: continuar o no con él cuando ya estaba saliendo con Antonio. Ella optó por continuar con él, pero esta opción estaba marcada por la transgresión, infringía la “norma” que, de alguna manera, se había impuesto ante la vivencia del divorcio de sus padres: “traicionar era lo peor que se le podía a hacer a alguien”, decía Alicia, y ella lo había hecho. El ideal parecía estar colocado en el de “no dañarás, o no perjudicarás” (Bleichmar, 2005).

Las autoacusaciones que se hacía Alicia surgían a partir de la pérdida de la relación con Joel, y se vivía como responsable de ello. En esta pérdida se transformaba “el ‘tú me has abandonado’ en un ‘yo soy responsable de tu pérdida’, ‘por mi culpa tú me has abandonado’” (Laplanche, 2012, p. 309). Con Joel se sentía segura, él la protegía, y ante la pérdida de él, también perdía esa seguridad. Era esa parte buena de Joel la que había internalizado y era lo que había dañado. El Yo se había identificado con eso. En consecuencia, la pérdida de esta relación también implicaba perder la seguridad en sí misma. Por ello se esforzaba por salvarla, pero “el

daño ya está hecho”, decía Alicia. Su objeto había sido destrozado por ella. Ante esto, el Yo se sustraía en la culpa, en el remordimiento y en la responsabilidad para conservarlo intacto (Klein, 1935/2013).

En el trabajo psicoterapéutico, el foco se encaminó a la resignificación de esos sentimientos de culpa. Klein (1935/2013) y Grinberg (1978) mencionan que primero es necesario elaborar el duelo por los daños ocurridos hacia sí mismo para elaborar el duelo por el daño y pérdida del objeto, y esa disposición reparatoria es lo que favorece el empleo de la libido depositada en el objeto perdido para el establecimiento de nuevas relaciones objetales.

En los momentos de cambio identificados en el proceso, se aprecia que las reflexiones de Alicia sobre su búsqueda en los otros de lo que sentía que le faltaba y sobre las repeticiones familiares en sus relaciones de noviazgo la encauzó a que considerara poder decidir sobre lo que quería para sí misma y hacia la construcción de nuevos significados con respecto a la culpa sentida ante la ruptura de su relación de noviazgo, comenzando a identificar tanto aspectos buenos como malos de sí y de Joel. Con ello se abría la posibilidad de cerrar el ciclo de esa relación, y la que iniciaba con Alberto comenzaba a consolidarse a partir de que ella le tenía cariño y no sólo estaba con él porque la cuidaba.

Al retomar las reflexiones narrativas, guiadas por las preguntas directrices de la última sesión, se observó que al final del proceso psicoterapéutico, Alicia abandonaba paulatinamente esa necesidad de la culpa como solución a su problemática y había un desarrollo de sí misma al vivir su experiencia de una manera diferente. Además, ahora se acercaba de una manera distinta a sus amigos, ya no buscaba en ellos las respuestas ante sus problemas. Finalmente, Alicia comenzaba a construir una teoría psicológica de sí misma, en la cual los recuerdos eran los que guiaban sus pensamientos y sostenían su deseo de que el pasado pudiera repetirse.

## II. Malestar depresivo predominantemente narcisista

### *Wendy*

Wendy recién había ingresado a la universidad y tenía 18 años. Era hija única y vivía sólo con su mamá, pues sus padres se habían separado antes de que ella naciera.

#### *2.1 Foco terapéutico*

##### a) Motivo de consulta.

Wendy se hacía muchas preguntas sobre la carrera que había elegido, no sabía si ella era “buena” para la carrera, si había tomado la decisión correcta:

*“[...] estoy muy hecha bolas por lo que yo quiero, o lo que me gustaría querer, o lo que necesito, [...] ya me habían dicho ‘es muy difícil’ y todo eso ¿no?, pero dije ‘¡ay, chance y sobrevivo!’; [...] hay un gran rango de cosas de dónde escoger, y escoger siempre me ha parecido como ‘no sé, no sé qué es lo que quiero’, como que entro en pánico ¿no?, ‘mejor decidan por mí, porque luego yo decido, y no, me va muy mal’ [...]”.*

Aunque no sabía lo que quería, sí sabía lo que no quería. Entonces eligió en la preparatoria un área de estudio a partir de ir eliminando lo que no le gustaba, a partir de pláticas con conocidos sobre lo que se hacía en la profesión, y también consideró que algunos de los miembros de su familia habían estudiado carreras dentro de la misma área de estudio, y pensó que, si tenía dudas en el curso de la carrera, podría preguntarles a ellos. Sin embargo, ya estando en la carrera se sentía sin apoyo:

*“[...] Siento que ya aquí no tengo en qué apoyarme, [...] siento que es como el caminar solito, entonces me siento como muy temerosa de ‘¡chin!, voy a reprobar y qué va a ser de mí’ ¿no? [...] Resulta que estoy aquí y me siento como vacía, [...] luego también, sobre*



*todo cuando me voy a dormir, no puedo conciliar el sueño pensando en ‘¿qué tal si no, si esto no es para ti? [...] No tengo ganas de ir a la escuela, no tengo ganas de nada, estoy como muy apática [...]’.*

La única materia que le gustaba era la que correspondía a su carrera. En las otras materias estaba reprobando los exámenes:

*“[...]se me hacen como muy difícil y me siento con la más mínima capacidad de poder hacerlo [...]”.*

b) Búsqueda de ayuda.

Wendy había escuchado del servicio que brinda el Programa ESPORA en la plática de bienvenida que se da a los alumnos de nuevo ingreso a la carrera. Nunca había ido con un psicólogo, pero al escuchar de la atención que se daba, decidió acercarse al reconocer que tenía que ir por la existencia de un problema que ya estaba rebasando sus límites:

*“[...] Está cañón reconocer, así, como ‘tengo que ir’ ¿no?, [...] estoy muy echa bolas”.*

Una vez hecha su solicitud, un mes después fue atendida.

c) Antecedentes familiares.

Los padres de Wendy se conocieron cuando estudiaban la carrera, fueron novios durante 10 años, se casaron y vivieron juntos por otros 10 años más; se separaron poco antes de que Wendy naciera. A últimas fechas, su papá vivía en otro estado de la República por un proyecto laboral. Desde su nacimiento, Wendy veía a su papá una vez a la semana, aunque ella no se sentía tan apegada a él. De niña, la relación con su papá era de jugar y ver caricaturas. Por el contrario, debido a su trabajo, su mamá no jugó mucho con ella cuando era pequeña, y Wendy se entretuvo

viendo y actuando películas. Estas situaciones propiciaban que Wendy se preguntara sobre su lugar en su familia:

*“[...] pues yo veía poco a mi papá, yo no veía cuánto me parecía a él, [...] o sea, volteaba a ver la familia de mi mamá y yo decía ‘yo no me parezco a nadie, ¿quién soy?’ [...]”.*

Por la edad de sus papás, quienes ya estaban entrando en la tercera edad, Wendy tenía “miedo” de que en cualquier momento murieran y eso le hacía cuestionarse sobre lo que le sucedería. A la familia extensa paterna, Wendy la conocía sólo por fotografías, aparte de que su mamá se lo decía, notó que se parecía físicamente a ellos. Con la familia materna había una relación estrecha. Esta familia estaba compuesta mayoritariamente por mujeres. De los tíos varones, sólo sobrevivía uno, era el papá de la prima de Wendy, con quien siempre la comparaban y estaban en conflicto por la competencia que había entre ellas. Era con sus dos primos varones con quienes Wendy tenía un mayor apego. Wendy “abría la brecha” entre los primos mayores y las primas menores.

d) Antecedentes personales.

Su mamá tuvo un embarazo de alto riesgo y, si se considera que Wendy era hija única, se entienden las razones por las cuales esta última suponía que su mamá la había cuidado de que le “ocurriera algo malo”. Había sufrido *bullying* en la primaria y secundaria por su apariencia física. Tuvo sobrepeso en su infancia. En sexto de primaria decidió buscar una nutrióloga y comenzó a hacer ejercicio; bajó de peso con lo que su “autoestima subió” y en la secundaria fue de las “niñas más altas”. Por otra parte, sentía que sus esfuerzos no habían sido reconocidos en la etapa de la secundaria y, a partir de eso, comenzó a pensar que le quitaba el lugar a alguien con más “potencial”:

*“[...] entonces siempre fui muy desplazada, o sea, yo sabía que ese era mi lugar, y que lo merecía por otros esfuerzos, [...] y siempre tengo, así, como esa idea de ‘no, tú estás, tú no deberías de estar, alguien más debería de estar ahí en vez de ti [...]”.*

Dado que en primaria y secundaria fue a escuelas privadas, a su ingresó a una preparatoria de la UNAM por decisión de su mamá, “cambió” su autoestima:

*“[...] me sentí muy ‘shockeada’ cuando entré, [...] así como de ‘¡chin!, no puede ser, yo estoy aquí en el gettho y yo estaba en una escuela buena’, y no sé, me dio como mucha vergüenza de mis amigos ‘¿y en qué escuela te quedaste?’, y todos ‘ay, yo me fui al Tec, a la Ibero’ [...]”.*

Después del primer año de bachillerato, su mamá le dio la opción de cambiarse de escuela, pero eso implicaba decidir y ella no quiso tomar la decisión de elegir escuela, por lo que se quedó en la misma. Con el tiempo se fue adaptando, se sentía más “aceptada” y comenzó a tener amigos; se dio cuenta de que le “gustaba” ese ambiente. Sin embargo, llegó el momento en que tenía que escoger el área de estudio para su posterior elección de carrera y comenzó a tener miedo de lo que pudiera suceder ante su decisión:

*“[...] justo cuando empecé a disfrutarlo, tenía que escoger el área, entonces fue así como de ‘¡no!’, [...] con muchos miedos de ‘¿qué me va a pasar si la riego, si resulta que toda mi vida es como el desperdicio del desperdicio sobre el desperdicio?’ [...]”.*

Estos antecedentes, junto con la observación clínica, se resumen en la Tabla 15. Estos datos sirvieron para construir el foco terapéutico y para delimitar la problemática originada por su ingreso a la universidad. Lo sobresaliente era un malestar depresivo predominantemente narcisista, cuyo foco fue el reconocimiento y diferenciación de sus expectativas sobre sí misma.

Tabla 15  
Elementos del foco terapéutico trabajado con Wendy

<b>ESTRUCTURA DEL FOCO</b>		
<b>Foco</b>	<b>Reconocer y diferenciar sus expectativas en relación con sí misma</b>	
<b>Componentes del foco</b>	Conflicto focal/Motivo de consulta	Dudas sobre su elección y permanencia en la carrera, debido a no saber qué era lo que quería, lo que le gustaría querer o lo que necesitaba. Había elegido Actuaría porque sus padres y otros familiares habían estado en la misma área de estudio a la cual pertenecía su carrera, por eso pensó que podría apoyarse en ellos, pero estando ya en la carrera sentía que no era así. También la eligió porque le gustaba el campo de estudio de la carrera. Sin embargo, por el mero hecho de ser una elección suya parecía llevar implícito que ya estaba mal.
	Situación problema/factor desencadenante	Estaba reprobando exámenes. Sensación de vacío estando en la carrera, dificultad para dormir al pensar que tal vez esa carrera no era donde debería de estar, sensación de cansancio físico y mental, no tener ganas de hacer nada.
	Punto de urgencia (Depresión: tipo/características)	<p style="text-align: center;">Reacción depresiva predominantemente narcisista</p> <p>Predicados internos de inferioridad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se sentía menos que los demás.</li> <li>- Se representaba a sí misma a partir de la incertidumbre de no tener capacidades para poder continuar con la carrera por lo difícil de las materias.</li> <li>- Pensaba que podía haber alguien con mayor potencial que ella y debería de estar en el lugar en el que ella estaba.</li> <li>- Prefería que los demás decidieran por ella porque sus decisiones eran representadas como desastrosas.</li> <li>- Sensación de que no les gustaba a los demás como era ella.</li> </ul> <p>Predicados externos/origen de los sentimientos de inferioridad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Su mamá imponía sus ideas.</li> <li>- Cuando era niña, su mamá la trataba como a su papá, el cual era representado por Wendy, en comparación con su mamá, como menos abusado e inteligente.</li> <li>- Sentía que en la primaria sus esfuerzos no habían sido reconocidos.</li> <li>- La familia la comparaba con su prima Laura, quien era representada como más aplicada que ella.</li> </ul> <p>Yo-representación como inferior ante lo cual había un empobrecimiento del Yo. La brecha entre el Ideal del Yo y el Yo se inscribía en el ideal de perfección. Sin embargo, se pensaba con capacidades mínimas y que tomaba decisiones equivocadas. Por consiguiente, la crítica del Superyó se dirigía a la decepción y fracaso de sí misma. Angustia narcisista: displacer ante no saber lo que quería. La agresividad había recaído hacia sí misma a través de la autocrítica negativa, síntomas físicos y detrimento académico.</p>
	Conflicto nuclear	Dificultad para diferenciarse de los otros (padres y familia materna).
	Aspectos caracterológicos individuales	<p>Funciones del Yo alteradas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentido de sí misma: autoestima empobrecida, sus autorrepresentaciones se encontraban muy vinculadas a las representaciones que su familia tenía de ella.</li> <li>- Relaciones objetales: Dificultad para diferenciarse de los otros.</li> <li>- Procesos de pensamiento: dificultades para concentrarse en las actividades académicas.</li> <li>- Dominio-competencia: Pensaba que no podía hacer las tareas de las materias, por lo que tendía a aplazarlas.</li> </ul> <p>Recursos defensivos predominantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Retraimiento: replegamiento sobre sí misma mediante la fantasía, tras la frustración y decepción de su situación académica y familiar.</li> <li>- Escisión entre los logros obtenidos y las desilusiones bruscas.</li> <li>- Vuelta contra sí misma: redirección de los impulsos hostiles hacia sí misma.</li> </ul>
	Situación interpersonal/grupal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Casa</li> </ul> <p>Padres separados desde que ella nació. Habían tenido un noviazgo de 10 años, un matrimonio de otros tantos y después se separaron. Veía a su papá una vez a la semana, y era visto por Wendy como que no planificaba y que planteaba opciones a la hora de decidir. No se sentía tan apegada a su papá. Su mamá la sobreprotegía, era ahorradora e imponía sus ideas. Wendy temía que, por sus edades, sus padres murieran porque ella tendría que hacerse responsable de las cosas de ellos y de sí misma.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Familia extensa</li> </ul> <p>Familia paterna: no los conocía, sólo sabía que se parecía a ellos. Familia materna: convivía constantemente con ellos y sentía cariño hacia sus tíos. Había más apego hacia los primos varones mayores, que hacia las primas que eran de su edad o menor que ella.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Amistades</li> </ul> <p>Sufrió <i>bullying</i> en la primaria y secundaria. A partir de su estancia en la preparatoria, se había sentido más incluida, y había comenzado sus amistades.</p>
	Contexto social más amplio	Nivel socioeconómico familiar medio alto. Económicamente dependiente de los padres. Padres con carrera universitaria. Algunos de los miembros de la familia materna tenían carrera universitaria de la misma área de estudio de la carrera que ella eligió.
	Hipótesis diagnóstica	Dificultad para construir un lugar, dificultad en la toma de decisiones. Sentimientos de desplazamiento e inferioridad. Sobreprotección de la madre.

## 2.2 Momentos de cambio

En los momentos de cambio intrasesión, se identificaron los siguientes temas: cuestionamiento de formas de entendimiento, reconocimiento de la propia participación en los problemas, reconceptualización del problema, aparición de sentimientos de competencia, transformación de las valoraciones y emociones en relación con sí misma, descubrimiento de nuevos aspectos de sí misma y formación de un constructo subjetivo en relación con sí misma. Los momentos extrasesión identificados incluyeron los siguientes temas: manifestación de comportamientos nuevos y de una emoción nueva, y transformación de la valoración en relación con sí misma. A continuación se presentan dichos momentos.

### Sesión 1.

#### - *Cuestionamiento de formas de entendimiento.*

Wendy pensaba que estaba muy “influenciada” por sus padres. Eso le originaba varias preguntas respecto “a dónde pertenecía”:

*Terapeuta: “Es que parece que buscas un lugar a partir de los otros, [...] a construir un lugar a partir del deseo de los demás, pero ¿qué es lo que tú quieres?” (señalamiento: focalizar).*

*Wendy: “[...] pero no sé, la sensación de pertenecer ¿cómo se hace?, ¿cómo la encuentro?, ¿cómo quito una idea?, ¿tengo que ver qué es lo que hay conforme a mí o decirme yo?, ¿decirme está mal, entonces qué?, ¿ya no puedo regresar a dónde estaba, tengo que buscar otro lugar?, es como, no sé”.*

A partir de la intervención de la terapeuta, Wendy se cuestionaba sobre cómo ir buscando esa sensación de pertenecer a algún lugar.

*- Reconocimiento de la propia participación en los problemas.*

Wendy decía que había crecido en una familia “muy grande”. Sus primas eran diferentes a ella, por lo que se le hacía raro que, creciendo en el mismo ambiente, ella fuera la “rara”.

*Terapeuta: “A lo mejor es lo que genera tanta confusión, [...] es como la lucha que traes entre ser tú, diferente, así como eres, y a lo mejor vista de una forma que pues no es muy grata, o acomodarte a lo que los demás dicen” (interpretación: resignificar).*

*Wendy: “Pues sí, siempre me he acomodado, [...] se me hace extraño que me digan ‘¿tú qué piensas?’, así como ‘¿yo?’, [...] ‘¿y si lo hago mal?, mejor ustedes decidan, puedo echarles la culpa’ ¿no?, pero pues es muy cómodo estar en tu zona de confort y no querer salir de ella, pero es así ‘¿y si nunca salgo y si ya no puedo salir?’, y son las 3 de la mañana y yo así de ‘¿y si ya no puedo salir?’”.*

En la construcción de nuevos significados, la terapeuta relacionaba los contenidos de las narraciones de Wendy, y ella reconocía que, aunque era algo que la perturbaba, persistía en la situación que le causaba malestar.

*- Reconceptualización del problema.*

Wendy mencionaba que pensaba en cosas “fatalistas”. Tenía “miedo” de que, si no le gustaba a su familia algo que ella hiciera, se quedaría sola:

*Terapeuta: “Ahorita te sientes sola, a lo mejor nunca vas a lograr la expectativa de los otros [...] (confrontación: focalizar).*

*Wendy: “Pero, ¿entonces tengo que aprender a decir no, o tengo que hacer lo que me parezca bien, o cómo es ser yo? (risas). [...] Tendría yo que buscar lo que prefiero, es muy extraño (risas), [...], ¿si lo que he hecho no es yo, entonces quién era?”*

En esta secuencia, Wendy vinculaba los contenidos de las intervenciones de la terapeuta con las explicaciones que tenía hasta ese momento sobre su problemática, y comenzaba a comprenderla de una manera diferente.

- *Cuestionamiento de formas de entendimiento.*

Wendy comentaba que tenía varios yos y si les hacía caso habría dos equipos: uno donde habría cosas que les gustaran, y otro donde habría cosas que no les gustarían a algunos de sus yos:

*Terapeuta: “Pero los dos equipos eres tú solita” (confrontación: clarificar).*

*Wendy: “[...] son como diferentes puntos de vista de mí misma. [...] Hay veces en las que intencionalmente excluyo (risas), bueno, ‘tú vas a decir que no, siguiente, voto a favor, voto en contra, siguiente’ [...]”.*

*Terapeuta: “Pero es como dejándolo a las otras, como tomando decisiones al ahí se va, a los que tienen mayores votos para que ellas tengan la culpa” (señalamiento: focalizar)*

*Wendy: “Pero que todas ellas, o sea yo (risas), pero sí”*

La terapeuta profundizaba en lo contradictorio del relato de Wendy y atraía la atención sobre que no asumía responsabilidad en sus decisiones. Con ello, Wendy hacía una introspección sobre la división de sus yos, entendiéndolos como diferentes puntos de sí misma.

Sesión 2.

- *Reconocimiento de la propia participación en los problemas.*

Para estudiar, Wendy necesitaba que no hubiera ningún ruido. Sin embargo, no quería estar sola con sus pensamientos de “no puedes, mejor ni lo intentes”:

*Wendy: “Incluso yo misma estoy en mi contra y por más que trate de convencerme, no puedo”.*

*Terapeuta: “¿Por qué en lugar de convencerme, no tratas de entenderte? Porque es como si estuvieras luchando contra ti, [...] como tú dices, pareciera que son varias yos que se van una contra la otra” (señalamiento: focalizar).*

*Wendy: “Además hay un equipo que ‘¡vamos equipo, vamos!’; ‘¡no, quédate!’ [...]”.*

Wendy reconocía que ella misma estaba en su contra, lo que era un modo de funcionamiento psicológico con el que dividía sus yos.

*- Aparición de sentimientos de competencia.*

Tenía “mucho miedo de regarla”, se habían “esforzado mucho” en ella y por eso tenía que “hacer algo bien”, quería “moverse” y hacer algo. Esas ideas estaban “muy metidas, taladrando ahí dentro”, en su “cerebro”:

*Terapeuta: “Pues a lo mejor haya que sacarlo de ahí, eso de querer moverte [...]” (señalamiento: clarificar).*

*Wendy: “¡Moverme!, ya no es lo mismo aprendido, si no, ahora aplicado a otra situación, [...] pero ¿hacia dónde?, bueno estoy aquí moviéndome en la escuela, [...] ya vimos que el barco se va a hundir, pero aún no sabemos qué tanto del barco se va a hundir, ¿no?, podemos sacar un poco de algo, pero es como moviéndose en situaciones diferentes [...]”.*

La terapeuta destacaba lo significativo del discurso de Wendy. Wendy consideraba ahora el esfuerzo que estaba haciendo en la carrera y pensaba sobre cómo sobrellevar la situación escolar.



### Sesión 3.

- *Manifestación de un comportamiento nuevo.*

Wendy le había dicho a su familia que quería estar en un club de teatro:

*Wendy: “Desde hace mucho tiempo tenía como muchas ganas de meterme a un club de teatro o una cosa así, ‘ay, pero si nunca has estado, no sabes si tienes aptitudes o algo’, ponchándome el globito de la felicidad, les dije que lo iba a intentar [...]”.*

En este momento extrasesión, Wendy hizo un cambio en la manera de comportarse con su familia, buscando hacer lo que ella quería. Aplicaba las narrativas abordadas previamente.

- *Cuestionamiento de formas de entendimiento:*

Wendy narraba que, la mayoría de las veces, su familia platicaba “las cosas malas o con una tonalidad negativa” de lo que ella hacía. Quería “marcar” su espacio, “marcándose ella, ya no sería ellos”, pero si la hacían a un lado, “no lo podría resistir”, sería “muy doloroso, como todas las pesadillas o los pensamientos muy recurrentes de estar sola”:

*Terapeuta: “Quizá da miedo porque a veces se ve como una lucha entre ellos y tú, y así siempre habrá alguien que pierda y alguien que gane” (señalamiento: resignificar).*

*Wendy: “[...] si ganan y yo pierdo, significa que vuelvo a estar yo adentro, pero si ellos ganan, más bien, si yo gano es como ‘y entonces, ¿sí me aceptan, sí puedo seguir jugando con ustedes?’ (risas) [...] ‘bueno, y si no me aceptan ¿qué?, pero no puedo pensar que ‘¿estaré haciendo algo mal, o equivocándome, o qué onda?, [...] al final de cuentas pues yo tendría que ser la que se dé cuenta [...]’”.*

La terapeuta mostraba la relación entre los pensamientos perturbadores con el funcionamiento psicológico de Wendy. Wendy cuestionaba entonces sus temores y comenzaba a pensar en la alternativa de poder ser ella quien considerara lo que era mejor para sí.

*- Reconceptualización del problema.*

Asimismo, Wendy comentaba que le daba “las vueltas a todo”, sólo pensando y analizando cómo podría hacer las cosas:

*Wendy: “Pero, todo suena muy bonito en mi cabeza, [...] supongo que será como ir, como ganándome como mi lugar. Pero siento que cuando ya, cuando me sienta más segura de lo que yo hago, como que seré más inmune a que me regresen al hoyo [...]”.*

Wendy comprendía de una manera diferente su proceder, con lo que también señalaba las consecuencias de los significados de pertenencia que se iban trabajando en la psicoterapia.

Sesión 4.

*- Transformación de la valoración con relación sí misma.*

Respecto a la escuela, había estado convenciéndose a sí misma, y haciéndolo notar a sus papás, que la carrera era difícil:

*“[...] He tratado, así como de ‘bueno, me voy a ir a final en muchos, pero le voy a echar ganas’, [...] me sentí como menos insegura porque ya me lo habían dicho muchas veces, pero necesito que me lo reafirmen, así como ‘es normal que no entienda a la primera, ¿verdad?, ‘es normal, es normal, no pasa nada’ [...]”.*

En este momento extrasesión, Wendy expresaba una idea diferente de sí misma, se mostraba más flexible con sí misma, lo cual le hacía sentirse más segura de sí.

- *Reconceptualización del problema.*

Wendy decía que tenía un “proceso de negación” para estudiar, dejaba que pasara el tiempo hasta que ya tenía encima un examen y era cuando se presionaba. Sin embargo, ahora había tomado la decisión de estudiar y trataba de organizar sus yos para hacerlo:

*Wendy: “Todas mis yos separadas que quieren irse a otro lugar, y es como ‘¡no, mantengámonos!, no se puede ahorita todo, chicas, necesitamos turnos, en cada momento podemos hacer algo diferente, ¡unamos fuerzas chicas!’, y todas separadas que se amontonan ‘leamos un capítulo, leamos otro capítulo’ [...]”.*

En esta viñeta se muestra que Wendy expresaba una comprensión diferente de su problemática: para lograr estudiar, tenía que organizarse a sí misma. Enriquecía así la comprensión de que la carrera era difícil y actuaba respecto a eso.

- *Manifestación de un comportamiento nuevo.*

Wendy había notado que estando en su casa le daba “flojera” estudiar porque no tenía los libros que necesitaba y era el “pretexto perfecto” para no hacerlo, pero se había dicho a sí misma que tenía que “poner atención y buscar libros y hacer”, por lo que había hablado con su mamá para poder quedarse en la escuela:

*Wendy: “[...] Entonces nada más fue así como ‘¿podría yo comer allá, o como comprar algo, o como llevarme algo de aquí?’, se me quedó viendo, así como ‘párale, ¿qué quieres?’, ‘estudiar, es que llego y me da mucha flojera’ [...]”.*

En este otro momento extrasesión, Wendy había buscado estrategias para estudiar. Seguía aplicando formas diferentes de comportarse con sí misma y con su mamá.

## Sesión 5.

- *Manifestación de un comportamiento y una emoción nueva en relación con sí misma.*

Wendy narra que, en la última reunión familiar, sus tías le habían dicho que tenía que “echarle ganas” a una materia porque, si no la pasaba, se llevaría mucho tiempo en la carrera:

*“Sí me enojé y fue así como ‘¿¿y por qué a mí siempre tienen que decirme, no pueden hacer en sus reuniones otra cosa?!’, [...] me sentí muy bien, [...] como que me sentí muy descargada [...] Mi mamá no me dijo nada [...]”.*

En este momento extrasesión se aprecia que Wendy había expresado a sus tías lo que pensaba y se había sentido bien al hacerlo, lo cual era contrario a lo que pensaba respecto a que, si hacía algo así, los demás la rechazarían y ella se sentiría mal.

- *Reconceptualización del problema.*

Wendy narra que su mamá le decía que se parecía a su papá cuando hacía cosas con las que no estaba de acuerdo. Pero también su papá le decía que se parecía a su mamá cuando veía cosas en Wendy con las que no estaba de acuerdo él. Wendy percibía la relación negativa de esos parecidos y, por eso no quería parecerse a ellos, pero “al mismo tiempo sí” quería:

*Terapeuta: “Parece que esa lucha que tienes con ese parecido, pues lo vas representando en los yos que dices tener, entonces quizá esa lucha que tienes contigo es una lucha con los otros, con tus papás, con tu familia” (interpretación: resignificar).*

*Wendy: “Que me está como absorbiendo, [...] estoy [...] tratando de decir ‘bueno, este metro cuadrado es mío, no lo toquen, voy a definir bien con plumón permanente’, [...] ¿tendría yo que sacar esa lucha y sólo concentrarla en afuera? (risas), ¿o sólo depositarla adentro?”.*

En esta viñeta se aprecia que la terapeuta resignificaba el relato de Wendy. Ella comprendía de una manera diferente su problemática y buscaba respuestas a su conflicto.

#### Sesión 6.

##### *- Cuestionamiento de formas de comportamiento.*

En esta sesión Wendy comentaba que su mamá le decía que era “muy manipuladora” para conseguir cosas. Wendy comentaba que en eso se parecía a su mamá. Aunque a Wendy le gustaba ser manipuladora cuando lo hacía “como venganza” contra su mamá, después se sentía “culpable”:

*Terapeuta: “[...] Lo que me has comentado en muchas ocasiones es que en muchas cosas te pareces a ellos ¿no?, tanto física como con tus actitudes y demás, pero pareciera que en cada una de ellas hay cosas buenas, o que por lo menos te satisfacen momentáneamente” (señalamiento: resignificar).*

*Wendy: “[...] no sé cómo deshacerme de ella o no utilizarla tanto, o de usarla para algo que no me cree resaca, [...] si hay veces en las que podía yo usarla un poco, sobre todo cuando iba en la secundaria, [...] todo el mundo quería hacer grupo con la ñoña, entonces sí había veces en las que usaba un poco de manipulación para decirle ‘[...] o trabajas o le digo a todos los profesores que tú eres de los flojos y te cambien de equipo y no pasen’, [...] pero entonces sí puedo ser manipuladora, pero para sacar cosas buenas, sin vengarme de mi mamá, porque [...] después digo ‘no es humano’, y me siento muy mal [...]”.*

La terapeuta mostraba la ganancia secundaria del comportamiento de Wendy. Wendy aludía a situaciones en las que había obtenido resultados benéficos y cuestionaba el uso de ese rasgo suyo para usarlo de una manera diferente.

*- Transformación de la valoración en relación con sí misma.*

*Wendy: “[...] mi familia son como todos serios, así de ‘aquí todos hablamos seriamente’, entonces no sé, me gusta ser como la chistosa, que si viene alguien es como ‘bueno, son todos serios, amargados y un poco amargados, pero, hola, hay una persona normal entre todos nosotros’ [...]”.*

A diferencia de sesiones anteriores en que Wendy comentaba que no quería ser diferente a su familia, en esta viñeta se observa una valoración positiva de sí misma al notarse diferente a ellos, con lo que enriquecía lo que se había estado trabajando.

Sesión 7.

*- Reconceptualización del problema.*

Wendy narraba que presentaría exámenes finales en algunas materias, pero buscaba lo más conveniente para ese primer semestre:

*“[...] poniéndome a estudiar un montón de aquí al sábado para pasar bien ese examen, puedo pasarla, [...] [la otra materia] no, porque nos dijo [el profesor] al principio ‘son tres exámenes, [...] si no pasan ni el primero, ni el segundo, ni se molesten en hacer el tercero porque yo no hago final y mucho menos reposición’; entonces no pasé el primero, [...] también no me he puesto a estudiar de ella porque dije ‘si ella se va al agua, se va al agua’, [...] mi plan es [...] cursarla [...] en el semestre que entra e irme de oyente [...]”.*

En esta viñeta se aprecia que Wendy advertía de una manera diferente su situación escolar. Ahora se planteaba alternativas, enriqueciendo así el contenido de sesiones previas.

#### Sesión 8.

##### *- Transformación de las valoraciones y emociones con relación a sí misma.*

En esta sesión Wendy narraba que presentaría el examen final de otra materia, pero “temía” no pasarla, se “decepcionaría” de sí misma si eso sucedía. Se decía que debía haber estudiado desde antes para aprobarlo, pero no había sido posible por las tareas y exámenes que había tenido:

*Wendy: “Es lo único que me consuela, digo ‘a ver, trata de, unas semanas antes ¿qué estabas haciendo?’, ‘estaba estudiando para el examen tal’, [...] exacto, dime a qué hora’, [...] entonces fui, ahora sí que a encuestarlos ‘¿tú ya estudiaste?’, ‘no, no he estudiado nada’ [...] Entonces no me siento tan mal (risas), es como ‘bueno, no soy la única, [...] no estoy tan mal, al menos ya somos dos’ [...]”.*

Wendy notaba aspectos que compartía con sus compañeros, con lo que la valoración hacia sí misma era más positiva.

##### *- Reconceptualización del problema.*

Wendy se decía que tenía que seguir “intentándolo” para no deber tantas materias. Se daba cuenta de que la carrera era más difícil de lo que había pensado. Tenía como “premio de consolación” demostrarles a sus amigos de otras carreras lo que sabía a raíz de lo que había aprendido durante ese primer semestre:

*Wendy: “[...] sí es como un poco de premio de consolación ‘bueno, no estás tan mal niña, sigue caminando’, y sobre todo, bueno, luego sí me trae ‘¿qué tal si no debería de*

*estar aquí, si tu lugar está en otro lado?’, pero la verdad es que ahorita no estoy, así como en el punto de ‘(simula llanto) ¡ay, voy a dejar la carrera!’, [...] es como ‘bueno, démosle una siguiente oportunidad ¿no?’, porque sí tengo compañeros que es así como ya, ya de plano ya ni vienen, [...] me da cierto confort no estar como ellos en la crisis existencial”.*

Wendy ahora tomaba la carrera como su lugar, comprendiendo de manera distinta su problemática y enriqueciendo el significado de ir haciendo su sentido de pertenencia en la carrera.

#### Sesión 9.

*- Transformación de las valoraciones y emociones en relación con sí misma.*

Wendy continuaba reflexionando sobre su desempeño en la escuela:

*Wendy: “[...] me siento como, no tanto como reconfortada, o más o menos, porque digo ‘bueno, o sea, no aflojé en ningún segundo del semestre, a lo mejor en el tercer día, o el primero’, [...] a diferencia de muchos compañeros que están como ‘es que no me gusta, ya, ya, ya me voy’, [...] no me siento como ellos, [...] de alguna manera estoy como motivada, [...] no me disgusta [...]”.*

*Terapeuta: “Pero entonces ya es diferente a como antes pensabas, ¿no?, que a lo mejor no era este tu lugar” (señalamiento: focalizar).*

*Wendy: “‘Bueno sí, no me siento mal como al principio de año que era así como ‘¡ay, voy a estudiar y quién sabe si esto sea la mía!’’, y ahora es como ‘¡no, tengo que estudiar porque sí me gusta y sí quiero pasar [...]’”.*



Wendy expresaba sentirse diferente en comparación al principio del semestre, y mostraba un fortalecimiento en su autoestima y una imagen más positiva de sí misma.

#### Sesión 10.

En esta última sesión, se hacía una reflexión sobre lo trabajado en el proceso psicoterapéutico y se notaba un fortalecimiento de los significados consolidados durante el mismo:

*- Transformación de las valoraciones y emociones respecto a sí misma.*

*Terapeuta: “¿Cómo te has sentido Wendy, en relación a cuando empezaste aquí?”.*

*Wendy: “La verdad es que cuando empecé dije ‘¡chin!, a lo mejor no puedo’, [...] y pues no, no he podido, no tanto como decepción, sino, digo ‘bueno, he estado haciendo como muchas cosas’, [...] pero sí me siento, ah, pues no fracasada, sino triste [...]”.*

A pesar de sentirse triste, Wendy había hecho un cambio positivo respecto a sí misma y la situación.

*Terapeuta: ¿Y qué ha pasado con todas tus yos?*

*Wendy: “Pues, las he logrado integrar más, aun así, existen por separado, pero por ahora es como ‘[...] si no estamos todas juntas, no lo vamos a poder hacer’, de vez en cuando sí es como, ‘usemos a alguna de ustedes [...]’, pero sí, se siente como más, menos inseguridad a conforme yo vaya a reaccionar a ‘x’ situación”.*

*Terapeuta: “Pero si te das cuenta, acabas de decir algo, ‘usemos a ésta en esta ocasión’, o sea, tú tienes el control sobre de ellas y antes te controlaban ellas a ti, ¿no?”*

*Wendy: “¡Oh!, sí es cierto (risas), me cayó el veinte, no, sí, se siente como más completa. Pues sí, ya juntas podré ser más yo, de alguna manera (risas), no más pedazos de yo [...]”.*

Wendy se sentía más integrada respecto a sus yos a partir de buscar un objetivo, con lo que se sentía más segura a sus reacciones y parecía tener más control sobre sí misma.

*- Reconceptualización del problema.*

*Terapeuta: “Y aunque ahorita estás muy estresada por esta situación, ¿te sientes más tranquila, o menos?”*

*Wendy: “Lo veo como diferente, porque desde el inicio era [...] ‘¡chin!, tal vez ese no es mi lugar’, [...] ya ahorita digo ‘bueno sí me gusta y acá, pero está muy difícil’, [...] saqué el agua del barco, poco antes de muy tarde, entonces no sé, sí me siento más tranquila conforme a eso, intranquila conforme a lo nuevo’ [...]”.*

Wendy fortalecía lo trabajado retomando los aspectos propios de la carrera y los suyos.

*- Aparición de sentimientos de competencia.*

*Terapeuta: “¿Y crees que has hecho cambios tú contigo misma?”*

*Wendy: “Pues [...] sí, es como ‘me gusta y lo quiero y ¿por qué voy a dudar si es algo que quiero, lo voy a conseguir ¿no?’, como que sí, no totalmente, pero sí [...] me siento como que puedo hacerles frente a más cosas [...]”.*

*Terapeuta: “Tú en algún momento mencionabas que mucho lo que dificultaba el poder hacer eso era porque temías quedarte sola, ¿qué ha pasado con ese pensamiento, con esa sensación?”*

*Wendy: “[...] no se ha quitado del todo, pero más bien es como ‘bueno, si de todas formas te molestan o algo, pues como para qué te quedarías, ¿sola sería algo malo?’, [...] aun así tengo en la noche esa idea muy repetitiva de estar sola, pero como que ahora he tratado de darle un enfoque mejor [...] ‘bueno, no estoy totalmente sola, tengo a mis amigos, tengo a mis primos’, digo ‘bueno, si no es una, es otra’”.*

Wendy expresaba mayor autonomía respecto a su familia y, si bien persistía la idea de estar sola, ahora reflexionaba sobre las opciones que tenía.

*- Formación de un constructo subjetivo respecto de sí misma.*

*Terapeuta: “¿Y cómo comprendes ahora lo que te pasa, lo que te causaba malestar?”.*

*Wendy: “Cuando entré tenía tantito ego, no autoestima, sino ego, y por eso pensaba que era como ‘ah, pero soy yo, seguramente sí puedo’, que iba a pasar todos los exámenes, pero ¡no, está cañón!, [...] y entonces son mis pensamientos obsesivos de ‘¡es que no vas a poder!’ los que me desaniman, [...] pero creo que me he esforzado, quiero seguirle”.*

Wendy establecía una manera de funcionamiento psicológico al considerar sus pensamientos negativos como parte del desánimo que podía sentir frente a las situaciones.

### *2.3 Proceso psicoterapéutico*

#### *a) Episodios de cambio.*

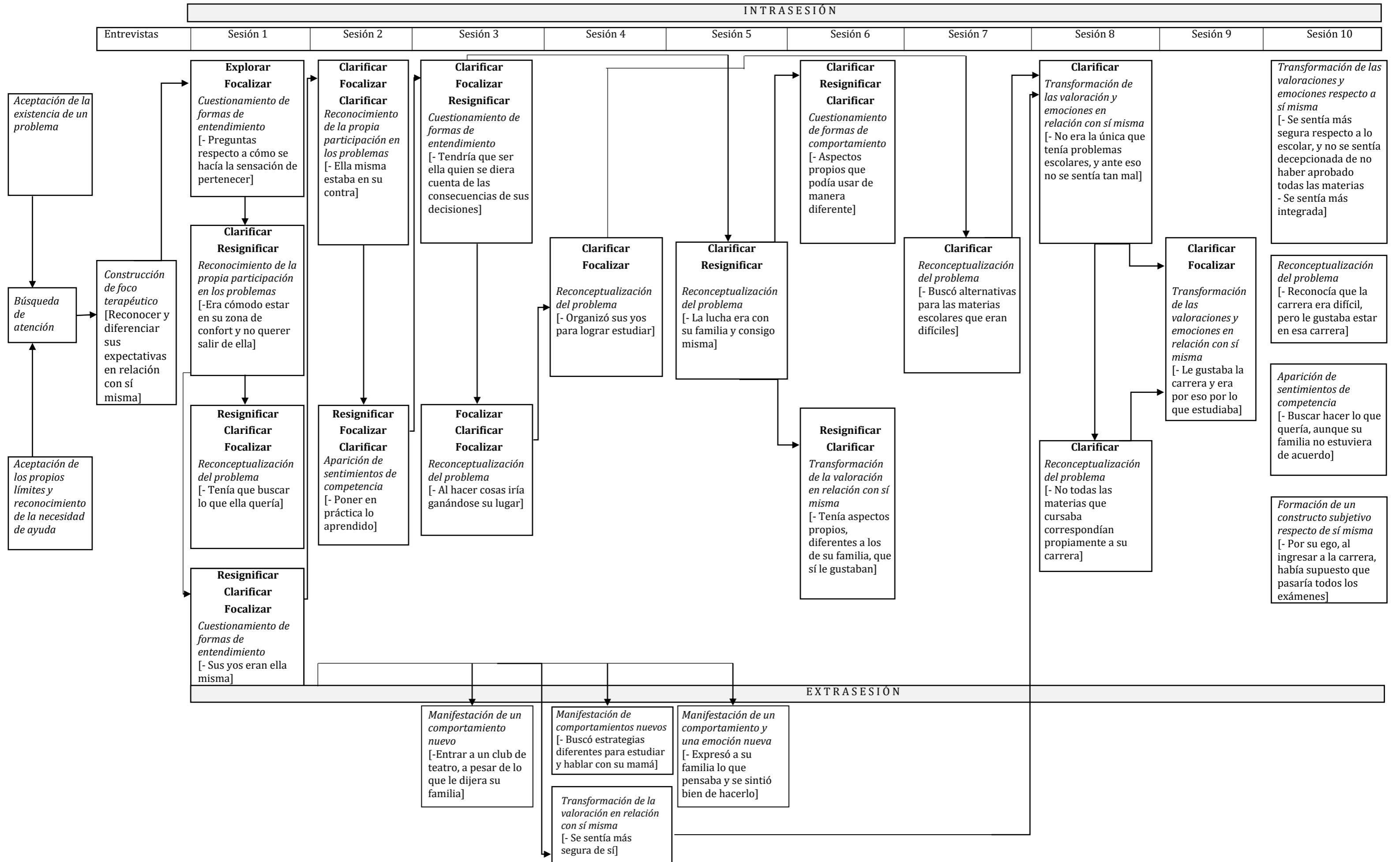
En los episodios de cambio identificados, mostrados en la Figura 10, clarificar fue la estrategia con que predominantemente iniciaba la secuencia, seguida por la de focalizar y/o resignificar los episodios únicos. Focalizar fue la base de la estrategia de resignificar el primer episodio de la tercera sesión. A su vez, las estrategias de focalizar o resignificar eran la base de la estrategia de clarificar a medida que se acercaban los momentos de cambio iniciales de la

segunda y sexta sesiones. Es decir, en los episodios únicos mencionados y en el primero de la tercera sesión, la terapeuta profundizaba o indagaba primero en las narraciones de la paciente y después dirigía la atención sobre el tema relevante con respecto a los objetivos del tratamiento y/o presentaba contenidos nuevos. Además de hacer lo comentado en los otros episodios, en lo tocante a los episodios iniciales de la segunda y sexta sesiones, la terapeuta profundizaba después en las narraciones de la paciente sobre el tema o el nuevo contenido antes de que sucediera el momento de cambio.

En el episodio que se dio en la séptima sesión y en el primero de la octava, la única estrategia empleada antes del momento de cambio fue clarificar. Se procedió así porque los episodios de cambio se relacionan entre sí y estos episodios son consecutivos a los que se suscitaron en sesiones previas. Solamente se profundizaba o indagaba en las narrativas de la paciente acerca de los contenidos de los significados construidos previamente.

Si el episodio de cambio sobrevenía a otro en una sesión, el segundo se relacionaba con el primero, aunque no trascurrieran inmediatamente, como en los tres primeros de la primera sesión, los de la sexta sesión y los de la octava sesión. Las secuencias de las estrategias empleadas en éstos variaron según las estrategias y narraciones que siguieron al momento de cambio inicial, de tal manera que, conforme se acercaba el momento de cambio --ya fuera al profundizar en las narraciones (clarificarlas), delimitarlas (focalizarlas) o construir significados nuevos a partir de éstas (resignificarlas)-- sobrevenía el cambio. Los episodios de cambio de todo el proceso se relacionaban entre sí. Algunos de ellos no estaban conformados por un solo segmento de la sesión, sino que se encontraban varios fragmentos no continuos sobre el mismo tema en el transcurso de la misma. Además, los temas de cambio de la última sesión fueron el resultado de los episodios de cambio de las sesiones anteriores.

Figura 10. Secuencia de los episodios de cambio durante el proceso: estrategias utilizadas por la terapeuta y los temas de cambio de la paciente en las sesiones. También se muestran los temas de cambio extrasesión.



b) Proceso psicoterapéutico.

En las entrevistas iniciales, la terapeuta solicitaba información y explicaciones acerca del motivo de consulta y los antecedentes personales y familiares de Wendy, quien clarificaba profundizando al respecto. Con esta información se circunscribieron los contenidos de la información para construir el foco terapéutico.

En la psicoterapia, la terapeuta empleaba las estrategias de explorar y clarificar, solicitando explicaciones, buscando entender la comprensión de Wendy, explorando el impacto de una intervención y especificando contenidos de las narraciones de Wendy referentes a sus sentimientos de pertenencia, al temor de quedarse sola, a la dificultad para tomar decisiones, a sus pensamientos de impotencia y a sus yos. La estrategia de focalizar fue utilizada para condensar y circunscribir los contenidos de sus narraciones tocantes a que su sensación de pertenencia dependía de su familia, a que no satisfacía la expectativa familiar, a que no quería responsabilizarse de sus decisiones, a que se definía a partir del parentesco familiar y a que ella se dividía en sus yos.

El proceso psicoterapéutico se dividió también en tres momentos a partir del trascurso de la construcción de significados: inicio, mitad y final del proceso. Las estrategias anteriores de explorar, clarificar y focalizar precedían a dar un nuevo significado a los contenidos, es decir, a la estrategia de resignificar.

En el momento inicial del cambio, la terapeuta cuestionaba los contenidos de las narraciones de Wendy para construir el significado del origen de su confusión por ser diferente a su familia. La especialista también vinculaba el contenido de las narraciones dando significados a la dificultad de Wendy para tomar decisiones por su temor a comenzar a ser ella misma. En este primer momento, Wendy se cuestionaba con respecto a crear su sensación de pertenencia y

también con respecto al reconocimiento de aspectos propios que influían en su problemática. Asociaba sus narraciones para construir significados sobre buscar lo que ella quería; establecía un modo de funcionamiento con respecto a sí misma, y proponía poner en práctica lo que había aprendido, cuestionando sus ideas anteriores de permanecer en su zona de confort.

En la mitad del proceso, la terapeuta establecía un modelo de funcionamiento psicológico en Wendy con respecto a la división de sí misma, a su conflicto entre las expectativas familiares y las de ella y a su miedo a partir de esto. También enriquecía los significados construidos al relacionar los pensamientos negativos de Wendy con los discursos negativos familiares. Así, planteaba a Wendy ir integrándose a sí misma y hacer algo diferente con su parecido familiar, y le hacía notar la ganancia secundaria de lo que hacía Wendy. Por su parte, Wendy señalaba las consecuencias de los significados construidos con respecto a ir encontrando su lugar. Enriquecía esos significados aceptándose y organizándose a sí misma, reconociendo aspectos de su entorno académico que influían en su problemática y mostrando motivación y gusto por su carrera. Además, en el inicio de este estadio del proceso de cambio, Wendy aplicó los significados construidos hasta ese momento, buscando lo que quería para sí misma y actuando de una manera diferente con su mamá y familia materna.

En el momento final del proceso, la terapeuta señalaba las consecuencias de los significados construidos, distinguiendo en Wendy una mayor integración de sí, que tenía más claro lo que quería y que comenzaba a tener su lugar a partir de sí misma. Mientras, Wendy fortalecía los significados construidos, sintiéndose más segura, reconociendo también aspectos de la carrera y sin centrarse ya sólo en sí misma. Asimismo, fortalecía esos significados al pensar en buscar lo que ella quería y reconociendo aspectos positivos de sí misma. Finalmente, estos cambios eran reconocidos por la terapeuta.

Las intervenciones específicas empleadas en las entrevistas de evaluación, dentro de las estrategias de explorar y clarificar, fueron las preguntas y los esclarecimientos. En la psicoterapia, las intervenciones específicas se utilizaron según las metas, por lo que se agruparon indistintamente en las estrategias, a excepción de la intervención de interpretar, cuyo único objetivo fue el de resignificar. Además de la escucha analítica, la función predominante de la terapeuta fue la de sostener las partes de sí misma que eran inmanejables para Wendy, auxiliándola en la continuidad de su integración psíquica. El narcisismo da el sentido de sí mismo que expresa el grandor del Yo (Freud, 1914/2006), ante el empobrecimiento yoico. De este modo surgen los sentimientos de inferioridad y no se alcanza el Ideal del Yo (Bleichmar, 2005). La función de sostén de la terapeuta ayudó a organizar esas partes de la psique de Wendy relacionadas con sus sentimientos de inferioridad.

#### *2.4 Conclusión del caso.*

Wendy narraba constantemente una tensión entre sus yos; decía que cuando interactuaban ocurría un “colapso”. Ese colapso narcisista (Bleichmar, 2005), debido a sus comparaciones constantes con los demás, originaba que no pudiera alcanzar ese ideal depositado en los otros. Los sentimientos de inadecuación, de incapacidad y de falta de valor se hacían presentes, por ejemplo, cuando decía: “¿Y si no soy buena para nada, si no soy buena para esto?, siento que por el mero hecho de que yo lo haya escogido significa que está mal”. En la secundaria había “construido” su autoestima, pero a partir de la preparatoria cambió. “Mi casita de paja quedó deshecha”, expresaba Wendy cuando se dio cuenta de que no era capaz de “hacer todo”. Ese Yo investido, también por la expectativa familiar, parecía perderse como objeto narcisista (Bleichmar, 2005).



Desde mucho tiempo antes de acudir a atención psicológica, Wendy se preguntaba: “¿Quién soy?”, interrogante que cobró mayor énfasis al ingresar a la universidad en preguntas como: “¿Y si no soy buena para esto, ni para nada?, ¿Qué va a ser de mí?”, ¿Qué sería de ella si estaba “hecha” a partir de su familia”, de “pertenecer” a ellos? Al ingresar a la universidad se reactualizaban esas identificaciones, propiciando un malestar de insuficiencia en su ser mismo (Pasché, citado en Goldberg, 2009). La carrera se convirtió en el objeto de la actividad narcisista, pues le permitiría a Wendy valorarse y tener una valoración de su familia. Sin embargo, como le estaba yendo mal académicamente, había un deterioro de las funciones del Yo y se quejaba de lo que no tenía y los demás sí. A eso de lo cual carecía era a lo que le atribuía su estado de permanente fragilidad (Goldberg, 2009).

Sus preguntas y valoraciones sobre sí misma parecían ponerla en el negativo del Yo Ideal. Como inicialmente no quedaban claras sus expectativas sobre sí misma, la intervención terapéutica se focalizó en el reconocimiento y la diferenciación de ellas. En los momentos de cambio observados en el proceso, se aprecia que Wendy reflexionó sobre cómo podía ir construyendo su sensación de pertenencia a partir de sí misma, a reconocerse a partir de sí, pero también a partir del parecido familiar y, paralelamente, a diferenciarse de su familia. Los momentos de cambio muestran la elaboración del duelo por el Yo y la construcción de nuevos significados en la integración progresiva de su estructura psíquica (Grinberg, 1978). Wendy reconocía que le gustaba la carrera, que ya no estaba en la crisis inicial de pensar en el cambio de carrera y sus yos estaban más integrados.

En las reflexiones narrativas que surgieron a partir de las preguntas directrices de la última sesión, se observó que, al final del proceso psicoterapéutico, Wendy iba dejando de lado la sensación de “no poder” como solución a su problemática. Contrario a lo que temía primero, no

se sentía decepcionada de sí, ahora se integraba mejor, por lo menos para alcanzar objetivos escolares, y se sentía más segura de hacer cosas. Además, reflexionaba más detenidamente sobre su temor a quedarse sola y se planteaba alternativas ante ello. Finalmente, Wendy comenzaba a construir una teoría de sí misma, en la cual era su ego el que había influido en su sensación de impotencia y alrededor del cual giraban sus pensamientos obsesivos.

### **III. Malestar depresivo predominante por pérdida de objeto**

#### ***Tania***

Tania, de 24 años, estaba terminando la carrera cuando solicitó el servicio de atención psicológica. Era la menor de tres hermanos. Vivía con sus padres. Su hermano y su hermana vivían fuera de la casa familiar.

#### *3.1 Foco terapéutico.*

##### a) Motivo de consulta.

Tania comentó en las entrevistas iniciales que había estado embarazada. Supo de su embarazo a las cinco semanas de gestación. Sin embargo, como tenía dolor en la parte baja del abdomen, y tras hacerse unos exámenes médicos, a la novena semana le diagnosticaron un embarazo ectópico:

*“[...] bueno hace unos meses tuve, bueno, aborté, [...] un día me dan la noticia, al siguiente yo ya estaba en la cirugía, [...] después me sentí muy triste, pero a la vez sé que, o sea, no puedes regresar el tiempo ¿no?, [...] no había como posibles razones o causas para que fuera así, pero el doctor me dijo que no había más qué hacer, que era muy riesgoso para mí, que podía morir[...]. Desde entonces no dejo de sentirme triste*

*pensando en lo que pudo haber sido si hubiera nacido, aún sigo imaginádomelo, [...] en las noches me cuesta mucho dormir por eso [...]*”.

En el momento del procedimiento de interrupción, su novio no estuvo presente y sus padres y su hermana fueron quienes la acompañaron:

*“[...] cuando me hice la prueba me sentí como enojada, como que todo lo de mi pareja me molestaba, [...] entonces no le dije del embarazo hasta que me dijeron que tenía que interrumpirlo, [...] en ese momento la pareja se, o sea, no se hizo presente, [...] lo vi como cuatro días después, [...] yo sentí que ya fue demasiado tarde para que estuviera ahí [...]*”.

Habían pasado tres meses de lo sucedido y ella seguía sintiéndose mal emocionalmente:

*“Hay momentos en los que estoy segura que fue la mejor decisión, pero hay momentos en los que me pongo un poco vulnerable, [...] me siento triste, [...] no es que haya aumentado la tristeza, es igual que antes, pero no puedo explicarme por qué sucedió así, a veces sigo llorando, pero, yo sí quería tenerlo, [...] no sé cómo explicar lo que siento”*.

b) Búsqueda de atención.

Desde la interrupción, sus papás no hablaban de lo sucedido. A dos de sus amigos les había comentado sobre la interrupción, pero después de eso dejó de decirles cómo se sentía:

*“[...] a veces no sé con quién platicarlo, o no sé con quién sacarlo, [...] todo lo que me pasa siempre decido platicárselo a alguien, pero este tema no, no hallo con quien platicarlo, y me puse a buscar dónde podían como asesorarme psicológicamente [...]*”.

Siendo un malestar difícil de sobrellevar por sí sola, y ante las opciones de atención psicológica encontradas en la UNAM, Tanía decidió acudir al Programa ESPORA.

## c) Antecedentes familiares.

Sus padres y hermanos tenían carrera universitaria y ejercían su profesión. Eran una “familia unida”. Con la familia paterna extensa se reunían frecuentemente, mientras que con la familia materna extensa era poca la convivencia. Con su papá, Tania mantenía una relación “estrecha” y lo describía como alguien “relajado”. Su mamá era “conservadora” y eso influía en que hubiera conflictos entre ellas. Por cuestiones escolares universitarias, su hermano, seis años mayor que ella, se había ido al extranjero, y su hermana, cuatro años mayor, vivía en otro estado de la República. En general, la familia convivía en los períodos vacacionales, pero estaban en constante contacto entre sí. Tania tenía una “buena” relación con sus hermanos.

## d) Antecedentes personales.

Tania recordaba una infancia “tranquila”. En la adolescencia se enojaba con sus papás porque no accedían fácilmente a que saliera con sus amigos. Cuando estaba en la licenciatura, por la distancia de su casa a la universidad, vivió con una amiga y veía a sus padres los fines de semana. Así fue su vida durante dos años, pero, un par de meses antes de la interrupción, había regresado a vivir a la casa de sus padres. A partir de eso, había conflictos entre ellos.

Aun cuando ya llevaba dos años con su novio, habían tenido algunos problemas desde el comienzo, por lo que ella no pensaba siquiera en el futuro de la relación. Después de la interrupción, había reflexionado sobre su noviazgo y se sentía “bien” cuando estaba con él, pero, cuando hablaban de la interrupción, en general él le reclamaba que no le hubiera dicho del embarazo, lo cual “incomodaba” a Tania porque él no “entendía” lo que ella sentía por la interrupción. En el ámbito académico, Tania estaba haciendo su tesis. Aunque no estaba formalmente inscrita, tomaba un par de clases de maestría y tenía el plan de inscribirse en ésta en cuanto se titulara.

Tabla 16  
Elementos del foco trabajados con Tania

<b>ESTRUCTURA DEL FOCO</b>		
<b>Foco</b>	<b>Elaboración del duelo</b>	
<b>Componentes del foco</b>	Conflicto focal/Motivo de consulta	Hacia algunos meses interrumpió su embarazo. Fue un embarazo ectópico cuyos riesgos eran, incluso, la muerte. Aun cuando sabía que era lo que tenía que suceder, le era difícil aceptarlo.
	Situación problema/factor desencadenante	Había hecho planes con el bebé y desde la interrupción se sentía triste y con dificultades para dormir. Después de la interrupción no platicaba con nadie de lo sucedido y de cómo se sentía.
	Punto de urgencia (Depresión: tipo/características)	Reacción depresiva predominantemente por pérdida de objeto - Representación del bebé muerto. - Sentimientos de pérdida y añoranza. La pena era porque el objeto (bebé) ya no estaba. - El conflicto predominante era entre el Yo y el mundo externo. - Angustia por la representación que había construido del bebé.
	Conflicto nuclear	Las expectativas construidas en relación con el embarazo. Lo intempestivo de la pérdida.
	Aspectos caracterológicos individuales	Funciones del Yo alteradas: - Regulación y control de los actos: Tristeza por la pérdida, ante lo cual lloraba y le era difícil conciliar el sueño fácilmente.  Recursos defensivos predominantes: - Negación: Le era difícil aceptar lo sucedido y aun cuestionaba la decisión tomada. - Escisión del Yo: por un lado, acepta la pérdida, por otro hay fantasías con el bebé
	Situación interpersonal/grupal	- Casa Vivía con los padres. Tenía dos hermanos mayores que desde hacía varios años ya no vivían en la casa familiar; tenía una buena relación con ellos. Madre conservadora lo que, en ocasiones, generaba conflictos entre ellas. Con el padre, Tania tenía una relación estrecha. - Familia extensa Había convivencia frecuente con la familia paterna, y poca con la familia materna. - Amistades A partir de la interrupción se había alejado de sus amigos, manteniendo contacto sólo con los más cercanos.
	Contexto social más amplio	Nivel socioeconómico familiar medio alto. Económicamente dependiente de los padres. Padres y hermanos con carrera universitaria.
Hipótesis diagnóstica	Sentimientos de pérdida, tristeza y añoranza por la interrupción del embarazo. Reacción depresiva por pérdida de objeto.	

Con la profundización de estos datos, junto con la observación clínica, se definió la problemática que surgió ante la interrupción del embarazo y se delimitaron los componentes del

foco terapéutico, los cuales se ilustran en la Tabla 16. Se concluyó que lo predominante era un malestar depresivo predominantemente por pérdida de objeto, cuyo foco fue la elaboración del duelo.

### *3.2 Momentos de cambio.*

En el análisis de los momentos de cambio, se identificaron los siguientes temas intrasesión: cuestionamiento de formas de entendimiento, descubrimiento de nuevos aspectos de sí misma, reconceptualización del problema y transformación de las valoraciones y emociones en relación con sí misma. A su vez, los temas extrasesión identificados fueron: reconceptualización del problema, manifestación de comportamientos y emociones nuevas. En la tercera y séptima sesiones, no se identificaron momentos de cambio. A continuación se presentan los momentos reconocidos en las sesiones.

#### Sesión 1.

##### *- Cuestionamiento de formas de entendimiento.*

Tania comentaba que se había ilusionado con su embarazo y, en cuanto supiera el sexo, buscaría un nombre para el bebé, también había planeado cómo se organizaría para seguir estudiando. Con la interrupción del embarazo se sentía triste y más cuando imaginaba lo que hubiera sido de haber tenido al bebé. Se sentía “bien” sabiendo que sería mamá, pero eso ya no podría ser: “Ya no de ese bebé”:

*Terapeuta: “[...] pero, aun cuando fue difícil, tenías que tomar una decisión por el tiempo, porque el riesgo era para ti, no había más opciones” (construcción: focalizar).*

*Tania: “[...] yo sé que no había más opciones, era la interrupción, [...] lo que sucede es que no puedo aceptar lo que pasó, no es que hubiera más opciones, o más alternativas”.*

En esta viñeta se aprecia que la terapeuta construía ciertas circunstancias de la situación, Tania reconocía algo a lo que no había puesto tanta atención antes, y cuestionaba el contenido del significado inicial de su problemática.

## Sesión 2.

### *- Reconceptualización del problema.*

Tania no le había dicho a su novio del embarazo porque en ese momento no estaba segura de continuar con la relación. Ahora quería que él aceptara lo sucedido con la interrupción, pues la situación no se podía “rehacer”:

*Tania: “[...] creo que yo soy una persona muy sensible, entonces cuando me dicen algo, o pasan cosas, a veces me clavo mucho en eso, [...] entonces hace que me sienta mal y mal y mal [...] creo que también es porque, que pienso antes en las personas que en mí”.*

*Terapeuta: “¿Y esto que mencionas, eso cómo lo relacionas con que no puedas aceptar lo sucedido? (pregunta: clarificar)*

*Tania: “Como que soy como un poco dependiente que quiero, me gusta que las demás personas estén bien y creo que eso hace que muchas veces no me ponga atención a mí, [...] cuando fue lo de la interrupción, [...] ya me había hecho a la idea de que sería alguien por quien tenía que buscar que estuviera bien, a lo mejor por eso [...] no he podido darle tanta importancia, o ver que no había más opciones y que el riesgo era sólo para mí”.*

La terapeuta profundizaba e indagaba en la narrativa de Tania. Ésta consideraba aspectos propios, estableciendo un modelo de funcionamiento psicológico de dependencia hacia los demás.

#### Sesión 4.

- *Descubrimiento de nuevos aspectos de sí misma.*

Tania había “reflexionado sobre cosas importantes”, por ejemplo, que su novio no hablaba de los problemas que había entre ellos. Aunque ella quería que hablaran para considerar si quería “seguir con esa relación”, prefería no platicarlo con él porque se quedaría callado como había sucedido en otras ocasiones. Por otro lado, Tania les “mentía” a sus papás para que no se enteraran cuando se quedaba con su novio. Sabía que su mamá se enojaría con ella y dejaría de hablarle. Por su parte, a su papá no le parecería lo más “indicado” después de que su novio no la había acompañado a la interrupción del embarazo:

*Terapeuta: “Tu vida ha cambiado y la estás viviendo a partir de lo sucedido, [...] quizá también por eso ahora notas cosas en que no pusiste mucha atención antes, como la relación con tu novio, y ahora con tus papás [...]” (recapitulación: resignificar).*

*Tania: “Siento que no busco lo que realmente quiero ¿no?, el embarazo era algo que sí quería, [...] cuando me empecé a dar cuenta [...] de que a mí me molestaba estarles mintiendo a mis papás, o sea, como que no estoy haciendo bien las cosas que quiero, y quiero que no, que ya no sea así porque con eso también me estoy sintiendo mal [...]”.*

En la viñeta presentada se aprecia que Tania manifestaba un proceso de introspección sobre sus comportamientos y sentimientos, con lo que cuestionaba sus comportamientos.

#### Sesión 5.

- *Reconceptualización del problema.*

Tania se sentía mejor en la relación con su novio; habían hablado de lo que quería cada uno y ambos deseaban continuar con su noviazgo. Tania tenía “miedo” de la reacción de su



mamá si le decía que se quedaba en la casa de su novio, aunque quería decirle, mintiéndole se sentía “incomoda”:

*Tania: “Mejor que se enteren de una vez (risa). O sea, realmente si hablo con ellos, cambien o no cambien la situación, sería [...] saber que ya hice algo al respecto para aliviarme de eso (risa), para hacer lo que quiero; [...] así como fue lo del embarazo, me sentí más tranquila cuando se los dije, [...] sí quisiera que cambiara al menos esa parte de la relación con mi mamá ¿no?, [...]”.*

En el proceso psicoterapéutico, se habían abordado aspectos de Tania que habían influido en su dificultad para enfrentar el duelo. Ahora se trabajaba también en su manera de relacionarse con sus padres y con su novio. Tania comprendía de una manera diferente su sensación de bienestar al ir notando cómo afectaban aspectos propios en el conflicto con su mamá.

Tania narraba que había platicado con su papá. Él también notaba los conflictos que había entre ella y su mamá, y le hizo ver a su hija que no estaba siendo honesta con su mamá:

*Tania: “[...] creo que yo tampoco ponía mucho de mi parte y, [...] pues también estoy tratando, no sólo de que mi mamá cambie, sino de que yo también, cambiemos las cosas.*

*Terapeuta: ¿Y tú qué puedes cambiar? (pregunta: clarificar).*

*Tania: “Pues, siendo más honesta, [...] tal vez le tenga miedo porque yo me he mentalizado a tenerle miedo ¿no?, igual y a veces no reacciona de la manera que yo pienso que reaccionará, [...] la vez que le dije que estaba embarazada, yo tenía mucho miedo de decírselo, [...] me apoyó y me abrazó en vez de regañarme [...]”.*

La terapeuta solicitaba una ampliación de los detalles de las narraciones de Tania, y Tania seguía reconociendo aspectos propios como parte de su problemática.

## Sesión 6.

*- Manifestación de una emoción nueva.*

Después de un periodo vacacional, Tania comentaba que se sentía más tranquila:

*“[...] por fin, he estado más tranquila. De hecho, pienso en el otro escenario, [...] en lo que hubiera pasado si hubiera nacido mi bebé, pero ya es un poco diferente, ahora ya pienso más en terminar la tesis y la Maestría, ya me siento mucho más tranquila, [...] igual y tenía que pasar lo que pasó, [...] tal vez no me hubiera cambiado esa idea de ver a mi novio de otra manera, [...] muchas cosas cambiaron con él y todos los demás”.*

En esta viñeta se aprecia que Tania mostraba un cambio con respecto a su sensación de malestar y hacía énfasis en sus planes a futuro. Además, consideraba que, a partir de la interrupción, había podido percibir desde otra perspectiva su relación con los demás.

*- Reconceptualización del problema.*

Su novio casi no convivía con la familia de ella, cosa que no le agradaba al papá de Tania, y fue el motivo de una discusión entre éste y su hija; a Tania le causaba “enojo y tristeza” esta situación. Desde la interrupción, su novio había cambiado con ella; sin embargo, antes de esto, sólo hablaba de él cuando se enojaban: “antes lo que escuchaban [sus padres] eran puras cosas malas” las que Tania expresaba sobre su novio.

*Terapeuta: “Tú acabas de decir algo, antes eran como más las cosas malas que podías hablar de él, [...] entonces quizás no les ha tocado como compartir contigo esa parte de lo que ahora ves en tu novio y de lo que ahora representa él para ti” (construcción: resignificar).*

*Tania: “Pues sí, no comparten lo que yo he vivido en estos últimos meses, ¿no?, que fue como justo rescatar todo lo que yo nunca había visto en mi novio, [...] no están viendo lo que yo veo porque yo tampoco me he abierto, abrir todo y que lo puedan ver (ríe)”.*

La terapeuta construía la historia vivida en lo tocante al noviazgo de Tania. Tania cuestionaba los significados que daba al comportamiento de su papá, considerando situaciones pasadas junto con lo que sucedía actualmente, y comprendía de una manera diferente la manera en que sus papás podrían estar percibiendo la relación con su novio.

#### Sesión 8.

*- Manifestación de un comportamiento y una emoción nueva.*

Tania había estado haciendo su tesis: “Ahora sí, a trabajar realmente” en eso. También había ido a un concierto con su novio; les preguntó a sus papás si podía quedarse con él:

*“[...] les dije, y ya mi mamá me dijo que no había problema, pero que llegara a la casa [quedarse ambos en la casa de ella], y mi papá pues no dijo nada, y me sentí bien, o sea, sí me costó trabajo decírselos, ¿no?, pero pues [...] me hizo sentir, pues bien”.*

En este momento extrasesión, a diferencia de ocasiones anteriores, Tania les comentó a sus papás lo que quería, lo cual favorecía su sensación de bienestar.

*- Reconceptualización del problema.*

En relación con ese comportamiento diferente con sus padres, Tania reflexionaba sobre sí misma:

*Tania: “[...] también supongo que es un poco de estrategia, [...] como no decirle el mismo día ‘me voy a ir a un concierto’, y decírselo, pues, con anticipación, porque luego lo que sucedía es que sólo les decía que no iba a llegar, [...] y ellos se enojan [...]”.*

En esta viñeta se aprecia que Tania enriquecía los significados sobre la comprensión de su problemática en la relación con sus papás, con su mamá en particular.

Sesión 9.

*- Manifestación de un comportamiento y emoción nueva.*

Tania había hablado con sus papás, ya no sólo sobre la relación con su novio, sino también sobre otros aspectos de la relación con ellos:

*“[...] les comenté, pues, a grandes rasgos, lo que yo sentía, [...] en ese momento me sentí más librada, y ahorita me siento, pues siento, que al menos ya tienen como la noción de lo que yo quiero, y a partir de eso, ya puedo abrirme un poco más con ellos [...]”.*

En este momento extrasesión se refleja que Tania seguía haciendo cambios en su comportamiento; dejaba de preferir no hablar de lo que sentía por evitar problemas o por la dependencia que decía tener hacia los demás, con lo que también se sentía diferente.

*- Transformación de la valoración y de las emociones en relación con sí misma.*

*Terapeuta: “[...] ¿cómo te sientes con todo esto?” (pregunta: clarificar).*

*Tania: “Pues me hace sentir más tranquila, porque son cosas que yo ya tenía desde hace mucho, y creo que me siento más segura de mí misma y de lo que yo quiero hacer, [...] creo que siempre pienso mucho en los demás antes de pensar en mí y tiene que ser al revés, [...] sin dejar completamente de lado a los demás, sino, pues, solamente sí considerarlos, pero también pensar mucho en mí, [...] y con lo de la interrupción, pues ya no siento tanta nostalgia por lo que no fue, ya me siento, pues sí, contenta, no con lo que pasó, pero sí conmigo [...]”.*

En esta viñeta se aprecia que Tania mostraba una autoimagen positiva y reflexionaba respecto a cómo actuar con los demás y consigo misma.

#### Sesión 10.

En la última sesión, se reflexionaba sobre su proceso psicoterapéutico y Tania fortalecía las resignificaciones trabajadas:

*- Reconceptualización del problema.*

*Terapeuta: “¿Te sientes mejor en cuanto al malestar que tenías inicialmente?”*

*Tania: Sí, bastante mejor, [...] con respecto a lo del embarazo [...] ya no es la nostalgia que tenía antes por las ilusiones de lo que había planeado, pero, pues, fue algo que no se podía evitar por más que yo lo deseara, y eso ya lo he entendido bien”.*

Como se aprecia en la viñeta, Tania aceptaba la interrupción del embarazo, reconociendo, ya sin dificultades, que había sido algo inevitable, independientemente de lo que ella había querido en ese momento.

*Terapeuta: “¿Y comprendes mejor lo que te pasa?”*

*Tania: “Pues, no sé, creo que, como te había dicho, pues era más que me costaba aceptar lo de la interrupción porque los planes que había hecho con el bebé son porque era algo que quería, quería tenerlo, y antes como que no hacía tanto lo que quería”.*

Tania le daba una explicación a su malestar retomando aspectos propios y había una percepción diferente a la inicial sobre su problemática.

*- Transformación de las valoraciones y emociones con relación a sí misma.*

*Terapeuta: “¿Y cómo te has sentido desde que empezaste a venir aquí hasta ahora?”*

*Tania: “Bien, cambiada (risa), creo que ahora sé que tengo que darme más importancia y sé que tengo que hacer las cosas, no dejando de lado a los demás, pero sí pensando en lo que quiero yo o mis objetivos”.*

*Terapeuta: “¿Te sientes mejor contigo misma?”*

*Tania: “Sí, pues, en general, yo creo que ahora veo más por mí, y pues intento [...] entender más a mis papás, [...] entiendo que son como guías, pero, pues, sé también lo que hago yo y por qué lo hago yo [...]”.*

En esta viñeta se aprecia que Tania se sentía cambiada con sí misma al notar que tenía que darse más importancia, pensando en lo que quería, y eso le hacía sentir bienestar.

*- Manifestación de comportamientos y emociones nuevas.*

*Terapeuta: “Y con los demás, ¿te sientes mejor?”*

*Tania: “[...] pues, ahora mi mamá, como que ahora está enojada, [...] yo intenté tranquilizarme, [...] tampoco dejar que me haga sentir mal, [...] creo que también ella tiene que poner de su parte, [...] con mi papá [...] ya se recuperó un poco esa confianza. [...] Con mi novio tengo un poco de incertidumbre y eso sí me hace sentir un poco ¿incómoda? (risa) con lo que vaya a pasar en la relación, pero, pues, a la vez intento [...] estar tranquila, y, pues, tal vez, disfrutar yo más momentos conmigo (risa), o con amigos, no siempre con él y, pues, la semana pasada me fui a bailar (risa), [...] me di cuenta que me gustaba salir con mis amigos porque me sentía más como yo y más, pues, libre y feliz (risa), [...] pues ahora sí tengo ganas (risa) de abrirme más”.*

*Terapeuta: “¿Y has hecho cambios contigo?”*

*Tania: “Avanzar en mi tesis y, bueno, salió un proyecto y me invitaron a participar y ahorita estoy ahí también, entonces tengo una tarea más que hacer (risa) y, pues, también para aplicar para la maestría [...]”.*

En la viñeta se aprecia que, a pesar de las dificultades que tenía, procuraba que no le afectaran tanto; además tenía proyectos profesionales y sociales.

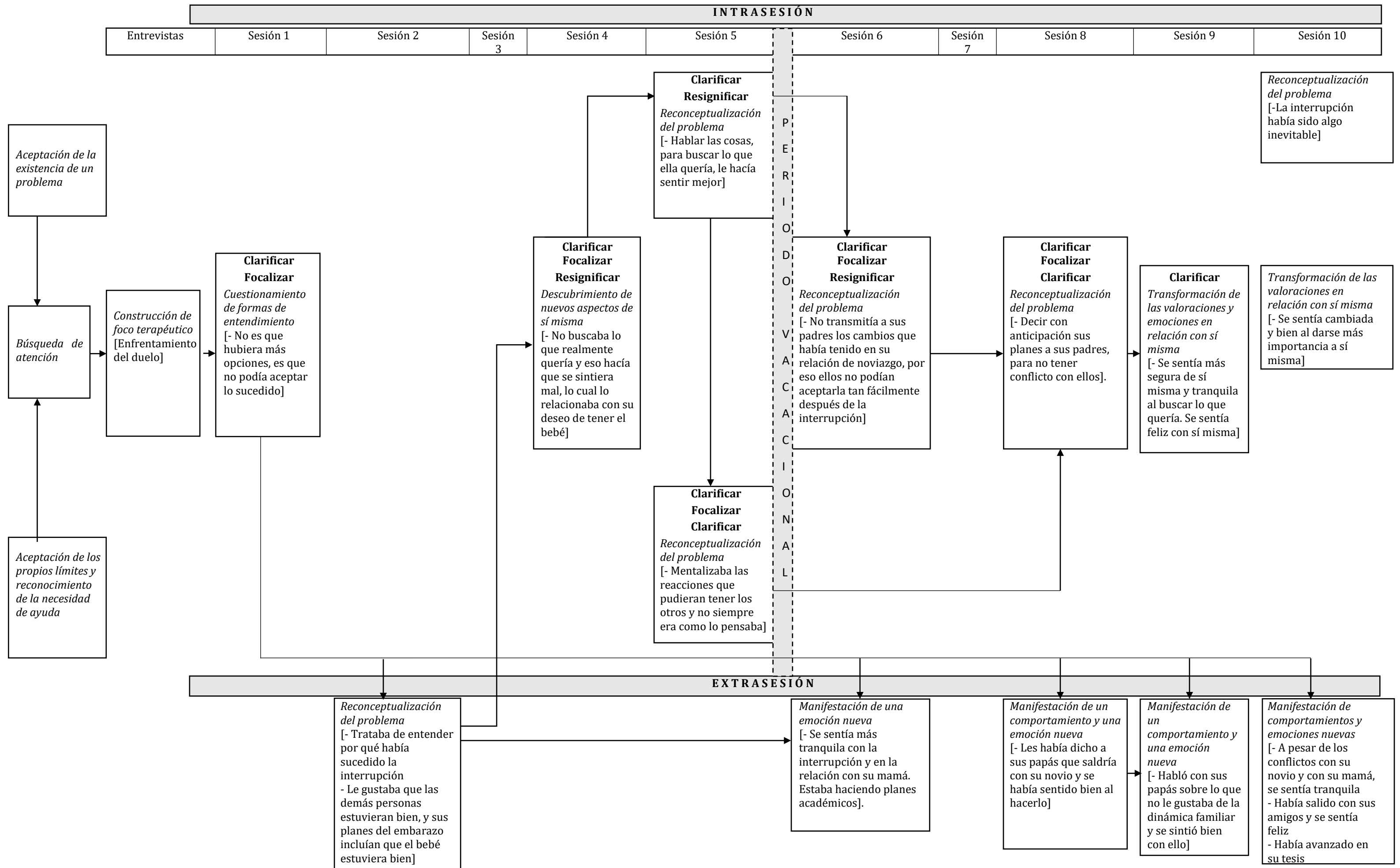
### *3.3 Proceso psicoterapéutico.*

#### *a) Episodios de cambio.*

Los episodios identificados a partir de los temas de cambio se muestran en la Figura 12. Se puede observar que la estrategia de clarificar iniciaba las secuencias de los episodios y, de manera general, ésta era seguida por las estrategias focalizar y/o resignificar. En los episodios en que se empleaban las tres estrategias, focalizar servía de base a la estrategia de resignificar. De esta manera, la terapeuta profundizaba o indagaba en los contenidos de las narraciones de la paciente, para después dirigir la atención sobre algún tema relacionado con el foco terapéutico y/o construía nuevos significados con respecto a esas narrativas.

En algunos casos, los episodios de cambio estaban conformados por varios segmentos dispersos en una sesión o a lo largo de todo el proceso psicoterapéutico. Asimismo, los episodios de cambio se relacionaban entre sí, lo cual explica que, en el episodio de cambio de la novena sesión, sólo fuera la estrategia de clarificar la que se realizó antes del momento de cambio. Es decir, en este episodio sólo se indagaba y profundizaba sobre las narraciones que estaban en torno a esos temas narrativos de los momentos de cambio previos, y la paciente enriquecía así los significados construidos hasta ese momento. Además, esta interrelación de los episodios, los temas de cambio de la última sesión son la recapitulación de lo trabajado en las sesiones previas.

Figura 11. Secuencia de los episodios de cambio durante el proceso: estrategias utilizadas por la terapeuta y los temas de cambio de la paciente en las sesiones. También se muestran los temas de cambio extrasesión.





b) Proceso psicoterapéutico.

En las entrevistas de evaluación, con las estrategias de explorar, clarificar y solicitar información y explicaciones, se averiguó y profundizó sobre las circunstancias del motivo de consulta y sobre la historia familiar y personal de la paciente. A partir de la estrategia de focalizar, se circunscribió el contenido de la narrativa de Tania para construir el foco terapéutico.

Durante el proceso terapéutico, la terapeuta empleó las estrategias de explorar y clarificar para verificar información, solicitar explicaciones, explorar la comprensión de la paciente y especificar los contenidos relativos a sus sentimientos y fantasías frente a la pérdida vivida y en lo referente a la manera de relacionarse con su novio y con sus padres, principalmente. En general, la terapeuta recurrió a la estrategia de focalizar para condensar y circunscribir los contenidos narrativos tocantes al embarazo: interrupción, fantasías, cambios a partir de la interrupción. De manera global, se puede decir que estos temas narrativos estuvieron presentes durante todo el proceso psicoterapéutico.

Por la forma en que se dividió el proceso de cambio, al igual que en los casos anteriores, en el momento inicial de cambio, la terapeuta vinculaba los contenidos narrativos sobre los planes imaginados por Tania respecto al embarazo y la decisión de terminar con la posibilidad de realizarlos. También le cuestionó los contenidos sobre realizar esos planes en otras circunstancias y en otro tiempo. En esta etapa, la paciente cuestionaba su contenido narrativo sobre otras alternativas aparte de la interrupción.

En la etapa media del proceso de cambio, la terapeuta vinculaba los contenidos de los temas narrativos de la paciente respecto a los cambios suscitados a partir de la interrupción y sobre las dificultades que tenía por su manera de relacionarse con los otros. Asimismo, enriquecía significados relacionados a esto último. Tania, mientras tanto, cuestionaba sus contenidos

narrativos referentes a que no buscaba o hacía lo que realmente quería. Enriquecía este nuevo significado con comprensiones diferentes respecto a esa búsqueda y con sentimientos positivos hacia sí misma y hacia la interrupción. También aplicaba estos nuevos significados consolidados con la expresión de haberse comportado de modo diferente a como lo había hecho antes.

En el momento final de cambio, se consolidaban los significados construidos en el proceso. La terapeuta señalaba las consecuencias de evitar los conflictos con los demás y de relacionarse de una manera diferente con ellos. Por su parte, Tania fortalecía los significados sobre las circunstancias de la interrupción, se sentía bien consigo misma y reflexionaba sobre su dificultad previa para aceptar la pérdida.

Respecto a las intervenciones específicas que conformaron las estrategias (pregunta, esclarecimiento, señalamiento, confrontación, construcción y recapitulación), éstas se emplearon según el objetivo de la estrategia. Además de la escucha analítica como función básica de la terapeuta, fue la función de contener la angustia de Tania por la representación del objeto como muerto. Esto último era lo que dificultaba su crecimiento psíquico. Al elaborar su duelo, se encerró parcialmente en sí misma (Laplanche, 2012), en la psicoterapia al ir conteniendo la angustia prevaeciente en ella ante la interrupción del embarazo, el proceso de duelo concluyó con la apertura a las relaciones con el mundo externo.

### *3.4 Conclusión del caso.*

Tania vivió un duelo normal ante la interrupción del embarazo. El ideal parecía ser que ese bebé hubiera nacido, que hubiera estado presente. Ante la interrupción, ya no había posibilidad de alcanzar ese ideal (Bleichmar, 2005), y Tania decía “Él ya no será mi bebé”. Freud (1917 [1915]/2006) explica que, cuando hay un duelo, son absorbidas las energías del Yo. Al respecto, Tania expresaba: “Cuando recuerdo la interrupción hay momentos en los que me es

difícil hacer lo que tenga que hacer”, lo cual refleja sentimientos de tristeza tras la pesadumbre ocasionada por la pérdida.

En el proceso de duelo, el objeto perdido continúa en lo psíquico a través de los recuerdos y las expectativas que se tenían sobre él (Freud, 1917 [1915]/2006). Tania comentaba en las entrevistas iniciales: “No dejo de sentirme triste pensando en lo que pudo haber sido si hubiera nacido, aún sigo imaginándomelo”. Las representaciones construidas acerca del bebé que nacería eran las abstracciones de las personas amadas (Freud, [1917 [1915]]/2006). Tania ya lo imaginaba y procuraría su bienestar, como solía buscar el bienestar de los demás. Asimismo, Tania relacionaba su búsqueda de que los otros estuvieran bien con el hecho de que ella no pudiera aceptar fácilmente la pérdida. A partir de ahí comenzó a reflexionar sobre la relación con su novio y con sus padres, personas amadas que habían sido desplazadas en la representación construida de ese bebé.

En el trabajo terapéutico, el foco se dirigió al enfrentamiento del duelo. Freud (1917 [1915]/2006) menciona que, una vez que se desprende la libido del objeto perdido, el Yo recupera las funciones empobrecidas por la pérdida, reconoce la realidad de que el objeto ya no está más y retoma las satisfacciones narcisistas. En los momentos de cambio identificados en el proceso, se aprecia que Tania reflexionó sobre las circunstancias de la pérdida y relacionó la dificultad de aceptarla con el modo en que se relacionaba con los demás. Esto promovió que considerara buscar y hacer lo que ella quería para sí y fue construyendo nuevos significados con respecto a sentirse más cómoda con ella misma, aceptar la pérdida y sentirse feliz a partir de convivir con los demás.

Al retomar las reflexiones narrativas de la última sesión, al final del proceso psicoterapéutico, la tristeza, síntoma con el que manifestaba su problemática, iba siendo dejada

de lado al ir explicándose lo que representaba esa pérdida en su vida y al ir notando cómo esta situación se vinculaba con su manera de relacionarse con los demás. También se sentía tranquila y feliz en la convivencia con los otros, pues su acercamiento con ellos había cambiado. Finalmente, se sentía más cómoda consigo misma, con lo cual se apreciaba un fortalecimiento personal.

#### **IV. Conclusiones de los casos presentados**

En los tres casos presentados, el punto de urgencia, o situación psíquica de conflicto, condujo a obrar terapéuticamente sobre el mismo. Rivière (citado en Baranger, 1979) menciona que el proceso psicoterapéutico es un proceso en espiral que parte, precisamente, de ese punto de urgencia suscitado en la actualidad del sujeto. Visto de esa manera, el proceso terapéutico, breve y focalizado, implica una dialéctica en la temporalidad, es decir, en el aquí y ahora, pero retomando la dimensión histórica: el presente, pasado y futuro del paciente que narra su sufrimiento. Las vueltas de la espiral representan que la vida del sujeto va modificándose constantemente en cada giro, en movimientos regresivos y progresivos, en una relación de interacción. Las intervenciones del terapeuta sobre la realidad del paciente y las acciones psíquicas y conductuales emprendidas por éste van modificando esa realidad, no sólo en la totalidad del tratamiento, sino también en cada sesión y fuera de ellas (Baranger, 1979).

Es decir, a partir de las intervenciones del terapeuta, la temporalidad del paciente se abre en movimientos en espiral, movimientos regresivos y progresivos, donde el pasado se hace presente (Baranger, 1979). Alicia, por ejemplo, repitió en su noviazgo con Joel lo que había hecho su papá en su matrimonio, y seguía el patrón de relacionarse con sus novios a partir de buscar que la cuidaran, lo cual era también una repetición de lo que hacían su mamá y su

hermana. A su vez, Wendy seguía actuando a partir del trato recibido por parte de su mamá y su familia en su toma de decisiones. Mientras tanto, Tania seguía pensando en el bienestar de los otros antes que en el suyo. Los anteriores acontecimientos y aspectos son ejemplos de la historia de cada una de ellas que, de alguna manera, se reactualizaban en su presente y se manifestaban en su demanda de tratamiento.

En este movimiento de vaivén, el futuro se abre también prospectivamente (Baranger 1979). Por ejemplo, al final de su tratamiento, Alicia pensaba en darle una carta a su exnovio para cerrar el ciclo de su relación; Wendy consideraba opciones para enfrentar lo venidero de su carrera porque le gustaba; y Tania hacía planes respecto a su futuro académico y sobre tener hijos en otro momento.

Desde esta concepción en espiral del proceso psicoterapéutico, también se pueden explicar los episodios de cambio observados en cada caso. En general, se observó que los momentos de cambio se relacionaban entre sí a lo largo del proceso, en una interacción regresiva y progresiva de las narrativas particulares de cada paciente, según sus problemáticas iniciales y en las cuales se notaba la apertura a nuevas perspectivas hacia éstas.

Asimismo, los episodios de cambio podían estar contruidos por varios segmentos no continuos de una sesión; es decir, el proceso psicoterapéutico no sigue una secuencia recta y, más bien, obedece al vaivén mencionado. En el proceso del cambio psíquico, las intervenciones dirigidas a resignificar con las que las terapeutas exploraban significados alternativos a las problemáticas repercutían en el trabajo psíquico, o en momentos de cambio de las pacientes. En general, estas intervenciones no reportaban de inmediato una respuesta modificadora en el estado de las pacientes.

Esto último se entrevé en la secuencia de las estrategias utilizadas en los episodios de cambio y en la interrelación de éstos. Esto puede explicarse por lo mencionado por Baranger (1969): “La secuencia de las intervenciones y las expresiones del paciente no pueden entenderse como una secuencia lineal, ni causal” (p. 292-293); es un encadenamiento que relaciona varias áreas de experiencia, pasadas y actuales, extrasesión e intrasesión, que facilita la comprensión del paciente. Es en los episodios de cambio identificados donde se ve precisamente la interacción entre las estrategias utilizadas y las narrativas de las pacientes, así como entre lo acontecido intrasesión con lo sucedido extrasesión.

Respecto a las estrategias clínicas empleadas por las terapeutas, Jiménez (2005) menciona que las estrategias clínicas guían los esfuerzos del terapeuta para promover cambios o ayudar a los pacientes a producir los cambios en sí mismos y en sus situaciones de vida. Lo que se observó en el proceso psicoterapéutico de los casos presentados fue que las estrategias y las intenciones comunicacionales estaban relacionadas con lograr los objetivos específicos deseados. En las entrevistas de exploración, las estrategias e intenciones comunicacionales se dirigían para interrogar sobre los síntomas o las problemáticas y para investigar sobre la historia personal y familiar de cada una de ellas, para lo cual se les solicitaban información y explicaciones. Después, ya con la información de las narraciones, las intervenciones servían para delimitar el punto de concentración sobre la problemática hacia la cual se dirigió el trabajo terapéutico; es decir, se construyó un foco a partir de circunscribir contenidos.

En lo referente al proceso psicoterapéutico, propiamente dicho, las intenciones comunicacionales de las estrategias estuvieron relacionadas con el contenido de las narraciones de las pacientes. Las intenciones comunicacionales en las estrategias de explorar y clarificar fueron muy similares en los tres casos. Si bien las intenciones comunicacionales de la estrategia

de resignificar variaron según el caso, coincidió que el objetivo de enriquecer significados se empleó a medida que se acercaba al final de la mitad del estadio de cambio. Al final del proceso, coincidió en que las terapeutas señalaban las consecuencias de los significados diferentes que se construyeron a la problemática de cada una de las pacientes.

En las resignificaciones de las pacientes, según las particularidades de cada caso, al comienzo del proceso de cambio, las intenciones comunicacionales de las terapeutas implicaron cuestionar contenidos, vincular contenidos y establecer un modelo de funcionamiento psicológico de sí mismas. En la mitad del estadio de cambio, las terapeutas aplicaron los significados construidos y, al final de éste, enriquecieron esos significados, ya para el final del proceso, fortalecían los significados. Finalmente, las terapeutas retroalimentaban las narraciones de las pacientes, reconociendo sus cambios.

El modelo de intervención plantea un número limitado de sesiones, junto con el abordaje de preguntas específicas al final del tratamiento, lo que puede explicar las similitudes en cuanto a las intenciones comunicacionales a medida que se acerca al final del proceso y en la última etapa del tratamiento.

Además, los instrumentos técnicos (pregunta, esclarecimiento, señalamiento, confrontación, recapitulación, construcción e interpretación) que conformaron las estrategias, se emplearon según la meta específica que querían alcanzar las terapeutas. Es decir, las estrategias se conformaban por una o por la combinación de diversos instrumentos, y un instrumento específico podía ser usado para lograr varios objetivos estratégicos: clarificar, focalizar, resignificar. Esto muestra que en cada sesión hay una variedad de alternativas posibles y eso le da su singularidad a cada una de las técnicas (Fiorini, 2012).

Por otra parte, la función terapéutica de escucha analítica se infirió en los tres casos a partir de notar que las intervenciones de las terapeutas se dirigían a los sentidos del discurso narrativo de las pacientes, reconociendo la historia de cada una de ellas (Aguilar, 2010), y concentrándose y atendiendo selectivamente sus narrativas, según el foco terapéutico (Braier, 2006). En el caso de Wendy, la predominancia de la función de sostener implicó para la terapeuta ser un soporte en la integración psíquica de las partes de Wendy que eran inmanejables para sí misma (Granieri, 2008). En los casos de Karla y Tania, la función predominante de las terapeutas fue la de fungir como continente de sus angustias; es decir, transmitían con sus intervenciones lo que a las pacientes les era difícil entender, lo que no les era fácil asimilar, para que pudiera ser sentido y pensado por ellas (Stitzman, 2004).

Como mencionan Armengol y Hernández (2013), para que se cumpla la función del psicoterapeuta, su trabajo debe dirigirse principalmente a la construcción, consolidación, mantenimiento y reconstrucción del escenario terapéutico, que es el que sostiene la relación terapeuta-paciente. Según lo observado en los casos presentados, las funciones terapéuticas mencionadas se entienden a partir de esa relación terapéutica.

En la última sesión del tratamiento, se hizo una recapitulación y reflexión sobre lo abordado en las sesiones previas mediante las siguientes preguntas dirigidas a las pacientes: “¿Han disminuido tus síntomas?”, “¿Te sientes mejor contigo misma?”, “¿Te sientes mejor con los demás?”, “¿Comprendes mejor lo que te ocurre?” y “¿Ha habido cambios en tu comportamiento? Todos estos cuestionamientos formulan lo que ocurre en el proceso psicoterapéutico (Rathge 2005). Mediante estas preguntas, aparte de notar los temas de cambio finales, se apreció una disminución en los síntomas de las pacientes. Asimismo, éstas replantearon su rol en su problemática, hubo un fortalecimiento personal en ellas, cambiaron los



modos de acercamiento y distanciamiento que usaban en sus relaciones, y dieron una respuesta diferente a su problemática.

La presencia de los cambios observados en los tres casos puede entenderse en relación con los objetivos de la intervención, donde se pretendió establecer el sentido y nuevas significaciones a sus problemáticas. Para ello se resignificaron las experiencias, lo cual se reflejó al final del tratamiento en el contenido singular de los temas de cambio. Winograd (2005) menciona que, al hablar de cambio psíquico, las pruebas discursivas se usan como pruebas indirectas de ese cambio y tienen que estar en consonancia con la teoría del problema o del síntoma. Como se percibió en los temas de cambio de las pacientes, las modificaciones en la estructura narrativa fueron afines a los postulados teóricos que explican el malestar depresivo y su elaboración.

## **VI. Discusión**

El propósito del presente estudio fue evaluar el impacto de un modelo de psicoterapia breve focalizada con enfoque psicoanalítico en el malestar depresivo de jóvenes universitarios que acudieron al Programa “Espacio de Orientación y Atención Psicológica (ESPORA Psicológica)” en una facultad de la UNAM. El interés de esta investigación surgió, por un lado, porque un número importante de los estudiantes solicitantes de atención en el Programa referían como motivo de consulta este malestar (ESPORA, 2013). Éste llamó la atención ante las altas tasas de prevalencia de depresión en jóvenes a nivel mundial (OPS, 2011) y nacional (Jiménez et al., en prensa). Por otro lado, el reconocimiento de la diversidad de ideas, valores, creencias y recorridos de las trayectorias académicas, búsquedas y aspiraciones de los jóvenes universitarios propone varias vertientes de investigación (Chávez, 2005). Entre ellas están reflexionar sobre los padecimientos psicológicos que los aquejan y considerar la atención que se les puede brindar. Ésta es también la razón por la cual surgió la iniciativa de este estudio.

La integración y la complementación de la metodología cuantitativa y cualitativa de este estudio aportó varios resultados a partir de los cuales se exponen las principales reflexiones sobre la temática central de esta investigación. En un primer momento, se identificó el malestar emocional que aqueja a los jóvenes. Posteriormente, se evaluó el impacto de la psicoterapia mediante el análisis del cambio sintomatológico y psíquico, a lo cual se aunó la descripción del proceso psicoterapéutico y los momentos de cambio.

### **Malestar emocional en los jóvenes**

Los hallazgos de esta investigación mostraron que, de 165 consultantes que acudieron al Programa durante el año que duró la investigación, 83% (n = 137) de los jóvenes presentaban síntomas de ansiedad y depresión (evaluados con el K-10), lo cual indica que estaban en riesgo de

padecer uno de estos trastornos, y peor aun cuando 44.2% (n= 73) presentó sintomatología grave. Esto cobra mayor relevancia si se aprecia que la sintomatología depresiva como tal (evaluada con el BDI) osciló, mayoritariamente, entre manifestaciones de intensidad leve a moderada (77%, n = 127), pero también hubo estudiantes que mostraron síntomas graves (7.87%, n = 13). A esto se aúna que el malestar emocional general (evaluado con el CORE-OM) estuvo en los rangos de medio a moderado-grave (83.7%, n = 138), y varios de ellos reportaron sentirse mal (37%, n = 61) y muy mal (7.9%, n = 13). Es decir, además de la presencia de sintomatología, los estudiantes se percibían con malestar ante problemáticas de diferente índole, lo cual afectaba su funcionalidad y capacidad de hacer frente a las situaciones, lo cual repercutía, además de en el área escolar, en otras áreas de sus vidas, como pudo notarse en el reporte de los jóvenes.

Estos datos reflejan la importancia de buscar alternativas de atención para esta población, y más aún si se considera que la depresión es la principal causa de discapacidad que puede afectar la realización de actividades laborales, familiares y escolares (OMS, 2012). Por ello, se convierte en una necesidad contrarrestar los efectos negativos de este padecimiento para continuar fomentando la salud integral de los estudiantes de la universidad (López-Bárcena & González de Cossío, 2005), a fin de que no se vean afectadas su trayectoria académica y otras áreas de su vida.

En ese sentido, también es importante considerar que los motivos de consulta reportados por los estudiantes abarcaron una amplia variedad de problemáticas: emocionales, interpersonales, escolares, familiares, problemas de atención y concentración, ideas recurrentes, problemas personales y problemas relacionados con su sexualidad. Se ha visto que dificultades de esta índole son recurrentes en los motivos de solicitud de atención en los centros de servicios psicológicos de las universidades (Nilsson et al., 2004; Yi et al., 2003), y se consideran como

factores asociados al malestar depresivo en población juvenil (Jiménez et al., en prensa; Muñoz et al., 2011).

Además, al detectar la proporción de estudiantes que ya habían recurrido a un tratamiento antes de acudir a ESPORA Psicológica (45.5%,  $n = 75$ ), se aúna, por un lado, información que se considera importante sobre la prevalencia de trastornos mentales vividos en la infancia o adolescencia, entre ellos de depresión (Benjet et al., 2004); por otro lado, revela el interés de los jóvenes por atender su salud mental.

Otro dato por considerar es que las mayores proporciones de alumnos que solicitaron atención fueron estudiantes de los tres primeros semestres (43.8%,  $n = 70$ ) y del octavo semestre en curso (12.5%,  $n = 20$ ). Si bien estos datos no se mantienen en la muestra final, la información sugiere lo que se ha documentado sobre el proceso de adaptación que implica el primer año de universidad y el impacto que éste puede tener en las experiencias escolares, interpersonales y emocionales (Silva, 2011; Tinto, 2008), y en la incidencia de depresión y otros trastornos en estos períodos escolares (Bayram & Bilgel, 2008; Cooke et al., 2006).

También, conforme se acerca el fin de la carrera (en general, los programas de las carreras impartidas en la facultad duran entre ocho y diez semestres), las demandas inherentes a ésta, junto con su culminación --como la realización del servicio social, la elección de modalidad de titulación, los planes para después de terminar la carrera o incluso el atraso escolar-- podrían ser factores generadores de estrés y malestar emocional, lo cual debería indagarse con mayor detalle en investigaciones posteriores para conocer mejor su impacto en la salud mental de los jóvenes.

Los datos antes mencionados apoyan la necesidad de aplicar estrategias que permitan continuar interviniendo en beneficio de la salud mental de los jóvenes, todos los cuales, aun cuando realizan la misma actividad al estar en un entorno académico, tienen sus particularidades

y un sinnúmero de formas de vida y de maneras de integrarse al mundo en general y al estudiantil en particular. Ello impacta en su modo de construir su sentido de ser estudiantes (Chávez, 2005), y en los modos de ir sobrellevando las situaciones que tienen que ir enfrentando en su trayectoria académica, lo cual influye en su bienestar emocional.

### **Síntomas y cambio psíquico**

Una de las estrategias encaminadas a la búsqueda de promover el bienestar mental de los jóvenes es el Programa ESPORA Psicológica. Cabe señalar que fue relevante conocer si había cambios psíquicos, manifiestos en cambios en la sintomatología de malestar psicológico, especialmente en el malestar depresivo, en los jóvenes atendidos con el modelo de psicoterapia breve focalizada con orientación psicoanalítica que se brinda en el Programa.

En general, los datos, tanto cuantitativos como cualitativos, señalan que la psicoterapia brindada influyó en la disminución del malestar psicológico. Al considerar los resultados cuantitativos, y comparar las puntuaciones iniciales en los instrumentos aplicados con las puntuaciones obtenidas al término de la psicoterapia, de los 38 participantes que colaboraron respondiéndolos en el *pre-test* y en el *pos-test*. Además de que la percepción subjetiva fue de bienestar para la mayoría de ellos (n = 20: bien, n = 7: muy bien), en muchos disminuyeron significativamente los síntomas de malestar psicológico general (CORE-OM), de riesgo de trastornos de ansiedad y/o depresión (K-10) y de depresión (BDI).

En cuanto a los datos por área de exploración, el cambio clínico objetivo de mejoría fue evidente en todas las áreas al finalizar la psicoterapia; es decir, en estas áreas, la sintomatología de malestar psicológico general disminuyó en 24 participantes; la sintomatología de riesgo de trastorno de ansiedad o depresión disminuyó en 22 participantes; y la sintomatología de depresión disminuyó en 33 de los participantes.

Si bien es importante considerar también como una limitante del presente estudio el número de participantes que respondieron los cuestionarios en los seguimientos, los datos de las evaluaciones realizadas a los tres ( $n = 23$ ) y a los seis meses ( $n = 16$ ) después de finalizada la psicoterapia muestran que los participantes presentaban menos síntomas que antes de iniciarla. A los seis meses de concluida la psicoterapia, se notó un aumento, sin alcanzar los niveles iniciales, en la sintomatología de depresión (BDI) y en la sintomatología que afectaba el bienestar y el funcionamiento (CORE-OM) de los participantes. Una posible explicación sobre estos resultados es que la psicoterapia psicoanalítica breve se concentra en focos conflictivos desencadenados por situaciones específicas y ante necesidades más o menos inmediatas (Braier, 2006; Fiorini, 2012).

Sabiendo que los jóvenes enfrentan circunstancias de vida y escolares causantes de tensión (Bitsika et al., 2010; Silva, 2011), con el paso del tiempo, éstas pudieron haber desencadenado otros conflictos diferentes o relacionados con aquellos trabajados en la psicoterapia, con consecuencias como presentar sintomatología depresiva y afectaciones en su satisfacción con la vida y en su capacidad para realizar tareas cotidianas y establecer relaciones interpersonales. En su artículo “Análisis terminable e interminable” (1937/2006), Freud menciona que, tras un proceso psicoanalítico en el cual hay un fortalecimiento del Yo para enfrentar lo interno y externo, en el sujeto sigue habiendo huellas de los mecanismos psíquicos originadores de los conflictos que en algún momento produjeron los síntomas, y, por lo constitucional del sujeto y las situaciones que va viviendo, pueden aparecer otros conflictos relacionados con ese conflicto originario. En la psicoterapia breve, dado que se trabaja con objetivos específicos que se limitan a lo urgente que lleva al individuo a la búsqueda de ayuda (García, 1997), es de considerar que las situaciones de vida y escolares a las que se enfrentan los jóvenes desencadenan otros conflictos que pueden estar ligados a otros más antiguos.

Los alcances de los objetivos específicos que se trabajan en la psicoterapia breve con orientación psicoanalítica habría que tomarlos en cuenta también al elaborar la información cualitativa del reporte de los participantes para quienes pudieran haber quedado problemáticas sin resolver en su proceso psicoterapéutico y que obstaculizaran, en menor o mayor medida, su futuro. Estas problemáticas incluían sentimientos negativos hacia sí mismos, problemas en las relaciones interpersonales y en la manera de relacionarse. Había también problemáticas familiares que aún no lograban entender, les faltaba seguir trabajando o no habían obtenido los resultados esperados respecto a éstas en la psicoterapia.

Algunos de los participantes reportaron que las dificultades que habían quedado sin resolver se habían debido a la brevedad de la psicoterapia, a que habían surgido a partir de lo trabajado dentro del proceso o a que eran otras problemáticas que querían trabajar, además de las que ya habían abordado. Trabajar sobre un foco en psicoterapia implica la concentración selectiva, tanto del terapeuta como del paciente, en la problemática o problemáticas jerarquizadas para resolver lo prioritario de las vivencias actuales del paciente (Fiorini, 2012). Como podrá apreciarse, esto deja de lado, hasta cierto punto, otras dificultades que se identifican posteriormente, o incluso durante del proceso psicoterapéutico, como pudo haber sucedido con estos participantes.

Freud (1937/2006) explica también que, una meta del análisis debe ser profundizar y “crear las condiciones psicológicas más favorables para las funciones del yo; con ello quedaría tramitada su tarea” (p. 251). Es precisamente esto lo que subyace a la modalidad de psicoterapia breve y su trabajo sobre el foco: una profundización en el conflicto focal, que favorezca un mayor conocimiento de los mecanismos defensivos, de los afectos relacionados y de las áreas afectadas por las situaciones que desencadenaron el malestar y las vivencias internas que afectan al sujeto,

para que el Yo modifique sus respuestas ante el conflicto (Freire, 1997). Retomando lo reportado por los participantes sobre lo positivo que obtuvieron de su proceso psicoterapéutico --que incluyó la identificación de problemas, la resolución de conflictos, el conocimiento de sí mismo, una relación diferente consigo mismo y el reconocimiento de aspectos en su manera de relacionarse con los demás-- son temas que hacen referencia a las respuestas de las actividades y procesos del Yo que se modificaron estando en psicoterapia, o sea, por lo que puede decirse que el trabajo psicoterapéutico creó condiciones más favorables para el Yo y su manera de responder a sus problemáticas.

Otras de las respuestas respecto a lo positivo del proceso psicoterapéutico incluyeron que los pacientes pudieron expresar sentimientos, pensamientos y problemas a los que podían buscar soluciones diferentes, y que se sintieron apoyados por el terapeuta sin ser juzgados. Es innegable la influencia del terapeuta en la cura, tanto por sus características personales como por su formación (Freud, 1937/2006).

En la terapia psicoanalítica, incluida su modalidad de psicoterapia breve, la escucha que brinda el terapeuta es diferente a la que se puede obtener de los demás, pues la del terapeuta está libre de juicios, sin afirmar o negar la razón del sujeto y, por el contrario, va reconociendo lo que representa el malestar para el propio sujeto (Rizzuto, 2003). Es precisamente en la relación entre paciente y terapeuta que se van buscando y construyendo posibilidades diferentes a las representaciones de los síntomas o de los conflictos para ir haciéndolas más comprensibles (Miró, 2005). Con ello se da la posibilidad de que haya un discurso distinto sobre ellas (Cruz, 2013), por lo que los reportes de estos participantes permiten apreciar la importancia de que los jóvenes puedan expresar su malestar y sean escuchados de esa manera en la búsqueda de soluciones a sus problemáticas.



Los cambios observados, tanto en las opiniones de los pacientes como en los cambios en los síntomas, pueden considerarse como cambios psíquicos con modificaciones tanto “internas, respecto a la función y economía del síntoma; externas, que remiten a aspectos de calidad de vida; y transferenciales, que implican la alianza/vínculo terapéutico” (Bayo-Borràs, 2006, p. 9).

En estos cambios, no sólo hay que considerar la disminución de la sensación de malestar y de síntomas; lo expresado por los participantes como positivo y útil del proceso psicoterapéutico; la contribución de la psicoterapia a sus dificultades iniciales o la satisfacción de varios de ellos con el servicio recibido, sino también los reportes de quienes se sintieron insatisfechos, para quienes la psicoterapia no contribuyó a sus dificultades iniciales o para quienes había quedado algo sin resolver: “Sin preocuparnos de si los cambios son positivos, o si son signos de progreso o retroceso, sino tomándolos como el método individual propio de cada paciente para enfrentar sus ansiedades y sus relaciones personales de una forma característica” (Joseph, citada en Bayo-Borràs, 2006, p. 11), y sin dejar de lado tampoco que, aunque no sean fácilmente perceptibles, los cambios en un área, por muy pequeños que sean, pueden provocar alteraciones en otras (Fiorini, 2012; Joseph, citada en Bayo-Borràs, 2006).

Más bien, esta información abre la posibilidad de otras líneas de investigación que indaguen sobre la representación que hacen los jóvenes de sus síntomas, las resistencias que pudieron presentarse en el proceso, lo que surgió transferencialmente y los alcances que puede tener la psicoterapia en pacientes para quienes no cumple con sus expectativas.

### **Proceso psicoterapéutico y momentos de cambio**

Además de evaluar los cambios externos vistos en la sintomatología, para tener una imagen general del impacto de la psicoterapia en los cambios psíquicos, se analizaron los cambios en el material clínico producido en las sesiones (narraciones de pacientes y terapeutas),

para lo cual se audiograbaron, se transcribieron y se analizaron las narraciones producidas en tres casos representativos del malestar depresivo: predominantemente por pérdida de objeto, predominantemente culposo y predominantemente narcisista. Con esa información se identificaron los momentos y episodios de cambio en la interacción paciente-terapeuta. Aquí debe entenderse que, a partir de esta relación, se facilitan cambios en los patrones subjetivos de interpretación y explicación que llevan al desarrollo de nuevas suposiciones subjetivas progresivas con respecto a los síntomas y/o problemáticas de los pacientes (Krause & Dagnino, 2006).

Los temas de los momentos de cambio se consideraron a partir de los indicadores (temas) genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico propuestos por Krause et al. (Krause & Dagnino, 2006; Krause et al., 2006). En los casos analizados, esos momentos se relacionaron con los objetivos específicos del modelo de psicoterapia, o sea, al ir trabajando sobre el foco, se buscaba promover procesos generadores de cambio en el malestar --específicamente en el malestar depresivo--, establecer el significado de las experiencias que lo ocasionaron y resignificarlas (Bleichmar, 2005).

En general, y sin “prescindir del contexto de observación natural del tratamiento del caso singular tal cual se da” (Bayo-Borrás, 2006, p. 10), los temas de los momentos de cambio terapéuticos que se hallaron en las narraciones consistieron en que las pacientes aceptaron que tenían un problema que rebasaba sus límites y su capacidad de búsqueda de soluciones, por lo que decidieron buscar ayuda. Estando ya en el proceso psicoterapéutico, se cuestionaron sobre la manera de entender las problemáticas que ocasionaban su malestar y sobre su propia participación en ellas; las comprendieron de un modo distinto; cambiaron sus emociones y

pensamientos sobre sí mismas; manifestaron comportamientos diferentes, y establecieron explicaciones o constructos subjetivos de sí.

Estos momentos --en que las pacientes tuvieron una visión nueva y distinta de sí mismas a partir del trabajo en el foco conflictivo-- pueden considerarse como momentos de *insight* (Etchegoyen, 2005), los cuales se relacionaron entre sí en un proceso en espiral de la dimensión temporal y de la secuencia del proceso en sí (Rivière, en Baranger, 1979).

Un propósito de la psicoterapia psicoanalítica breve es propiciar el *insight*, pues éste es indicio de que el aparato psíquico está ligando la energía psíquica, lo que favorece la transformación y disminución de la angustia, y promueve la capacidad yoica de enfrentamiento y resolución de las problemáticas (Braier, 2006). Esto es posible porque, en el proceso psicoterapéutico, los acontecimientos del pasado de la historia del sujeto y del presente de la situación terapéutica se articulan e integran para dar significaciones distintas a las repeticiones del pasado, el cual se renueva constantemente de acuerdo con las circunstancias --cuando éstas se vuelven actuales-- y se abre camino al recuerdo y a la posibilidad de la resignificación (Braun de Bagnulo, 1988).

A partir de los momentos de cambio sobre el foco del conflicto psíquico, la evolución del proceso psicoterapéutico se dividió en tres etapas, en las cuales se fueron notando diferencias cualitativas del material clínico que, de acuerdo con Bayo-Borràs (2006), ayudan a comprender el progreso terapéutico, pues los cambios en las verbalizaciones son señales de los cambios psíquicos. En la primera etapa de la evolución del proceso, las pacientes comenzaron a comprender de una manera distinta sus respectivas problemáticas y les daban un significado nuevo al notar aspectos de sí mismas o de las circunstancias que influían en su malestar. La segunda etapa se caracterizó por la reflexión que las pacientes hacían sobre los nuevos

significados construidos y por la aparición de otros significados relacionados con esos primeros. En la tercera etapa, las pacientes consolidaron los significados construidos a partir de ir reflexionando sobre lo trabajado en el proceso psicoterapéutico y entonces expresaban una sensación más satisfactoria de bienestar.

Estos hallazgos son compatibles con el trabajo de Stalikas, De Stefano y Bernardelli (1997), quienes notaron que, en la modalidad de psicoterapia psicoanalítica breve, los cambios que ocurren en el proceso van evolucionando a partir de los *insights* y comprensiones que van surgiendo, reflejados todos ellos en los cambios de comportamiento y en el aumento del estado de bienestar.

En el análisis del proceso psicoterapéutico, también se consideraron los episodios de cambio, o los diálogos terapéuticos previos a los momentos de cambio en los que se identificaron las secuencias de las estrategias realizadas (Krause et al., 2006; Valdés et al., 2005). En esta investigación se puso atención a las estrategias clínicas (Valdés et al., 2005) y los instrumentos técnicos (Etchegoyen, 2005; Fiorini, 2012) que emplearon las terapeutas en sus intervenciones. En la interacción de las intervenciones de las terapeutas con el material narrativo de las pacientes, se notó que las intervenciones se emplearon según la meta que las terapeutas deseaban alcanzar.

Además, el conjunto de diferentes instrumentos técnicos de las estrategias tuvo un impacto intrasesión y en todo el proceso psicoterapéutico. Jiménez (2005) explica que las estrategias clínicas y las técnicas específicas cumplen una función heurística, o sea, transforman las problemáticas en situaciones más sencillas. En ese sentido, las intervenciones en los procesos psicoterapéuticos analizados buscaban lograr objetivos heurísticos para promover cambios psíquicos y la mejoría de las pacientes.

Otro aspecto fue que, mediante sus intervenciones, las terapeutas funcionaron como continentes de la angustia de las experiencias emocionales ocasionadas por la pérdida que tuvieron las pacientes y hacían más tolerables y más comprensibles sus sentimientos (Stitzman, 2004). Esto fue así cuando los sentimientos de culpa y tristeza fueron lo que predominantemente desencadenó el malestar depresivo. Asimismo, la terapeuta auxilió en la organización psíquica cuando los sentimientos de inferioridad fueron predominantes en el malestar depresivo, es decir, funcionó como sostén de las partes que eran inmanejables para la paciente (Granieri, 2008).

Además de la escucha analítica en el material ligado al foco terapéutico, en mayor medida en esta modalidad de psicoterapia psicoanalítica, y observación clínica, contener y sostener mantienen la situación terapéutica, pues crean una sintonía afectiva en la que el terapeuta ayuda al paciente a sentirse más comprendido y éste va entendiendo de una manera diferente su sufrimiento. En otras palabras, es necesario construir y mantener el espacio terapéutico con el fin de que las intervenciones cumplan su función (Armengol & Hernández, 2013).

Si se considera que se trata de una intervención breve, fue importante tomar en cuenta los criterios para identificar si los procesos terapéuticos llegaron a buen término. Varios teóricos han opinado sobre los criterios generales de finalización; en esta investigación se retomaron los expuestos por Ojman (2005). Estos criterios se entienden con respecto al conflicto focal trabajado en la psicoterapia: resolución de síntomas iniciales: en las pacientes se notó una transformación sintomática y de menor fijeza que con la que iniciaron; descubrimiento y aceptación de potencialidades y limitaciones: las pacientes reconocieron sus capacidades y obstáculos y buscaron estrategias de solución a sus problemas; creación de proyectos propios: las pacientes planeaban o iniciaban proyectos de su interés; capacidad de disfrutar y de sufrir: las pacientes reconocían su malestar como parte de su historia de vida, buscaban maneras de sentirse mejor y

disfrutaban de sus vivencias; reconocimiento de la responsabilidad en los conflictos interpersonales significativos: las pacientes asumían su participación en sus propios conflictos y en los que tenían con los demás; y capacidad analítica: las pacientes analizaban e integraban los aspectos emocionales y de comportamiento propios con los del entorno que repercutían en su problemática.

Considerando ahora los criterios específicos de terminación, también se percibieron los indicadores de cambio según la teoría psicopatológica que sustenta el síntoma/problema o malestar del sujeto (Winograd, 2005), es decir, el malestar depresivo (Bleichmar, 2005). En el contenido problemático de las narraciones de las pacientes se notó una transformación de lo que la teoría planteaba como depresión y, al finalizar la psicoterapia, las pacientes establecieron nuevas significaciones alrededor de la representación de su malestar, lo que se acomodó a un modelo ideal teórico (Winograd, 2005).

Existen algunas limitaciones que conviene considerar en esta investigación. Una limitación importante en el estudio fue la cantidad de sujetos y la pérdida de datos de los participantes. No todos los que recibieron la psicoterapia respondieron los cuestionarios en el *post-test* o en los seguimientos, por lo anterior, en estos casos no fue posible explorar el efecto de la intervención. Una opción viable para soslayar esto sería conseguir datos de autoinforme de un grupo control, o de los sujetos que abandonan el proceso psicoterapéutico, lo cual permitiría comparar de forma más efectiva los beneficios de la psicoterapia.

Otra limitación para considerar son las diferencias en el estilo personal y en el rendimiento de los terapeutas, esto podría condicionar los alcances del modelo teórico empleado y las técnicas específicas que aplican en cada proceso psicoterapéutico (Casari, Albanesi, Maristany & Ison, 2016). Ante esto, podrían estudiarse estos factores junto con la personalidad

del terapeuta y la personalidad y patología del paciente con el objetivo de observar su impacto en los resultados de la psicoterapia.

Una limitación más es que el diseño empleado exige evaluar con cautela la generalización de los hallazgos encontrados. Al respecto, es importante mencionar que cuando se trata de investigación aplicada, su objetivo principal es que haya mejoría, que sea importante y que se mantenga una vez que se retira el tratamiento (León & Montero, 2003), y en este estudio se cumplieron, por lo menos, las dos primeras condiciones. Ha de tenerse en cuenta que los resultados pueden considerarse de carácter preliminar y será necesario continuar con la investigación de los objetivos planteados, con una metodología mixta, en muestras de mayor tamaño y con evaluaciones que se extiendan por un plazo mayor de tiempo para valorar la estabilidad de los cambios.

## **Conclusiones**

A modo de cierre, se exponen aquí las conclusiones de este estudio. Esta investigación aporta información al conocimiento de la psicoterapia breve focalizada con orientación psicoanalítica sobre los cambios psíquicos que se producen. También contribuye a una mejor comprensión de lo que sucede en el proceso psicoterapéutico. La relevancia de los datos está en función de que la psicoterapia ayuda a los jóvenes a sobrellevar su malestar emocional.

Los referentes teóricos de esta investigación permiten explicar la naturaleza de esos cambios. Teniendo como base que la psicoterapia breve focalizada con orientación psicoanalítica auxilia en la toma de consciencia de sí y de los mecanismos psíquicos del propio sujeto que influyen en la presencia de un conflicto focal que condensa lo urgente de sus problemáticas y sintomatología, los cambios en esos focos son resultado de la interacción paciente-terapeuta y de la construcción de un espacio de escucha, de contención, de sostén de la angustia del paciente.

Así, lo que parece inconexo entre los síntomas, las problemáticas, el malestar del sujeto y su historia de vida, se van asociando y cobrando sentido, con lo que se transforma la angustia que acompaña al malestar. Esto promueve que el sujeto pueda dar respuestas distintas a sus problemáticas. Hay que aclarar, no obstante, que no se debe perder de vista que no todos los cambios son perceptibles de inmediato y que los cambios en un área pueden promover cambios en otras. Esta conclusión se ha fundamentado a partir de la disminución de los síntomas, de los reportes subjetivos de los participantes y del material clínico producido en las sesiones.

Que esta psicoterapia ha tenido aceptación en los jóvenes, lo demuestra el número de quienes participaron en este estudio en el lapso que duró la investigación, además de los estudiantes que solicitaron la atención y que al final decidieron no participar en ella. Pocos estudios han examinado el impacto de los servicios de atención psicológica en las escuelas, y en jóvenes universitarios, el modelo de psicoterapia utilizado parece ser una estrategia viable en la atención de la salud mental de los jóvenes para quienes los años cursados en la universidad representan no sólo cuestiones de índole académica, sino también de situaciones familiares, sociales y otros intercambios externos que impactan en su mundo interno, y que, en la mayoría de los casos, la angustia vivida se relaciona más con los problemas propios de su etapa de vida que con un sufrimiento psicopatológico (Adamo et al., 2012).

No se debe perder de vista la manifestación del malestar emocional que aqueja a los jóvenes. Si bien pueden no ser trastornos como tales, existe el riesgo de que, por lo constitucional del sujeto, su historia de vida y lo emergente situacional actual, lleguen a serlo. Tener acceso a una clínica de atención psicológica dentro de un contexto escolar con el que ya están familiarizados, es una oportunidad de poder contrarrestar ese malestar porque permite a los estudiantes hablar de sus experiencias; explorar su mundo interno; establecer vínculos entre su



mundo interno y externo; reflexionar sobre sus propias decisiones, y buscar otras alternativas más satisfactorias. A lo anterior se aúna que, de haber un trastorno psicopatológico grave, los estudiantes puedan ser asesorados sobre una canalización acorde a su problemática.

Para futuros estudios, se sugiere considerar la investigación de esta modalidad de psicoterapia sobre los cambios psíquicos de otros tipos de padecimientos y profundizar en la evaluación de las técnicas terapéuticas psicoanalíticas empleadas en el proceso psicoterapéutico para seguir enriqueciendo el conocimiento sobre la psicoterapia breve focalizada con orientación psicoanalítica.

### Bibliografía

- Abbass, A., Hancock, J., Henderson, J., & Kisely, S. (2008). Psicoterapias psicodinámicas a corto plazo para trastornos mentales frecuentes. *Biblioteca Cochrane Plus*, 4, 1-31.
- Abbass, A., Town, J., & Driessen, E. (2012). Intensive short-term dynamic psychotherapy: a systematic review and meta-analysis of outcome research. Review. *Harvard Review of Psychiatry*, 20(2), 97-108.
- Adamo, S. M., Fontana, M. R., Preti, E. Prunas, A. Riffaldi, M. L., & Sarno, I. (2012). At the border: reflections on psychoanalytically oriented counselling in an Italian university setting. *British Journal of Guidance & Counselling*, 40(1), 5-14.
- Agudelo-Vélez, D., Casadiegos-Garzón, C., & Sánchez-Ortiz, D. (2009). Relación entre esquemas maladaptativos tempranos y características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 8(1), 87-104.
- Aguilar, M. (2010). ¿Qué significa escuchar? *Carta Psicoanalítica*. Recuperado de <http://www.cartapsi.org/spip.php?article184>
- Al-Busaidi, Z. Bhargava, K., Al-Ismaily, A., Al-Lawati, H., Al-Kindi, R., Al-Shaffae, M., & Al-Maniri, A. (2011). Prevalence of depressive symptoms among university students in Oman. *Oman Medical Journal*, 26(4), 235-239.
- Ames, M., Pratt, M., Pancer, S., Wintre, M., Polivy, J., Birnie-Lefcovitch, S., & Adams, G. (2011). The moderating effects of attachment style on students' experience of a transition to university group facilitation program. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 43(1), 1-12.

- Amézquita, M., González, R., & Zuluaga, D. (2003). Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 32(4), 341-356.
- Antaki, Ch. & Díaz, F. (2003). El análisis de la conversación y el estudio de la interacción social. En L. Iñiguez (Ed.). *Análisis del discurso. Manual para las ciencias sociales*. Barcelona: UOC.
- Arenas, I. (2005). Resultados de psicoterapia grupal breve en estudiantes universitarios de la quinta región: estudio exploratorio basado en instrumentos proyectivos. *Terapia Psicológica*, 23(1), 37-48.
- Armengol, R. & Hernández, V. (2013). La función y el trabajo del analista: valoración relativa del setting y la interpretación. *Temas de Psicoanálisis*, 6, 1-24.
- Arria, A., O'Grady, K., Caldeira, K., Vincent, K., Wilcox, H., & Wich, E. (2009). Suicide ideation among college students: a multivariate analysis. *Archives of Suicide Research*, 13(3), 230-246.
- Ávila, A. (2013). La relación, contexto determinante de la transformación. Reflexiones en torno al papel de la interpretación, el *insight* y la experiencia emocional en el cambio psíquico. *Temas de Psicoanálisis*, 6, 1-16.
- Badós, A., García, E., & Fusté, A. (2002). Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(3), 477-502
- Balanza, S., Morales, I., & Guerrero, J. (2009). Prevalencia de ansiedad y depresión en una población de estudiantes universitarios: factores académicos y sociofamiliares asociados. *Clínica y Salud*, 20(2), 177-187.

- Baranger, M. (1969). Regresión y temporalidad en el tratamiento analítico. *Revista de Psicoanálisis*, 26(2), 265-299.
- Baranger, W. (1979). “Proceso en espiral” y “campo dinámico”. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 59, 15-32.
- Bayo-Borràs, R. (2006). Evaluación del cambio psíquico a través del material del paciente. *Intercanvis Intercambios: Revista de Psicoanálisis*, 17, 9-21.
- Bayram, N. & Bilgel, N. (2008). The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 43(8), 667-672.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bellack, L. & Siegel, H. (1986). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. México: Editorial El Manual Moderno.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Fleiz-Bautista, C., & Zambrano-Ruiz, J. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública de México*, 46(5), 417-424.
- Bernardi, R., Defey, D., Garbarino, A., Tutté, J., & Villalba, L. (2004). Guía clínica para la psicoterapia. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 68(2), 99-146.
- Bitsika, V., Sharpley, C., & Rubenstein, V. (2010). What stresses university students: an interview investigation of the demands of tertiary studies. *Australian Journal of Guidance & Counseling*, 20(1), 41-54.
- Bleichmar, H. (2005). *La depresión: un estudio psicoanalítico*. Buenos Aires: Nueva Visión.

- Bostanci, M., Ozdel, O., Oguzhanoglu, N., Ozdel, L., Ergin, A., Ergin, N... & Karadag, F. (2005). Depressive symptomatology among university students in Denizli, Turkey. Prevalence and sociodemographic correlates. *Croatian Medical Journal*, 46(1), 96-100.
- Braier, E. (2006). *Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Braun de Bagnulo, S. (1988). Elaboración y resignificación. Un modo de pensar la transferencia. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 70, 1-9.
- Bressi, C., Porcellana, M., Marinaccio, P., Nocito, E., & Magri, L. (2010). Short-term psychodynamic psychotherapy versus treatments as usual for depressive and anxiety disorders: a randomized clinical trial of efficacy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(9), 647-652.
- Calviño, M. (1998). Premuras y corduras en psicoterapia. *Revista Cubana de Psicología*, 15(1), 3-20.
- Cardiel, R. M. (1994). La medición de la calidad de vida. En L. Moreno, F. Cano-Valle y H. García-Romero (Eds.). *Epidemiología Clínica* (pp. 189-199). México: Interamericana McGraw Hill.
- Carrillo, J., Valdez, L., Vázquez, H., Franco, J., De la Peña, A., & Martínez, J. (2010). Depresión, ideación suicida e insomnio en universitarios de Saltillo, problemas relevantes en salud pública. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 11(1), 30-32.
- Casari, L., Albanesi, S., Maristany, M., & Ison, M. (2016). Estilo personal del terapeuta en psicoterapeutas de adicciones. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25(1), 17-26.
- Chávez, G. G. (2005). Los jóvenes estudiantes universitarios. *Trabajo presentado en el Simposio Educación y valores. VIII Congreso de Investigación Educativa*. Hermosillo, Sonora.

- Choi, K., Buskey, W., & Johnson, B. (2010). Evaluation and counseling outcomes at a university counseling center: the impact of clinically significant change on problem resolution and academic functioning. *Journal of Counseling and Academic Functioning*, 57(3), 297-303.
- Cooke, R., Bewick, B., Barkham, M., Bradley, M., & Audin, K. (2006). Measuring, monitoring and managing the psychological well-being of first year university students. *British Journal of Guidance & Counseling*, 34(4), 505-517.
- CORE IMS [sitio de internet]. Reino Unido: Information Management Systems, ©2001-2017. [consultado 2013 agosto 25]. Recuperado de: <http://www.coreims.co.uk/download-pdfs>
- Cramer, D. (2004). Satisfaction with a romantic relationship, depression, support and conflict. *Psychology and Psychotherapy*, 77, 449-461.
- Creswell, J. (2003). *Research design. Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. (2ª ed.). USA: Sage Publications.
- Creswell, J. (2012). *Educational research. Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research*. (4ª ed.) Boston: Pearson Education.
- Cruz, A. (2013). De narrativismos y psicoterapias. Aportaciones desde la hermenéutica de Paul Ricoeur. *Trabajo presentado en V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología – Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- De León, B. (1998). La noción de narrativa en psicoanálisis. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 88, 173-189.

- Diaz, N., Lizardi, H., Qian, L., & Liu, Z. (2008). The relationship among child maltreatment, parental bonding, and lifetime history of mayor depressive disorder in Latino College Students. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 17*(2), 175-196.
- Downing, M. & Martin, J. (2006). Relationship between excoriation practices, depression, anxiety, and obsessive-compulsive disorder among a college student sample. *Counseling and Clinical Psychology Journal, 3*(1), 31-45.
- Eldeleklioglu, J. (2006). The relation between the perceived social support and the level of depression and anxiety in university students. *Educational Sciences: Theory & Practice, 6*(3), 742-752.
- Espacio de Orientación y Atención Psicológica (2012). *Informe de actividades. Semestre 2012-1*. Facultad de Ciencias, UNAM, sin publicar.
- Espacio de Orientación y Atención Psicológica (2013). *Informe de actividades. Semestre 2013-2*. Facultad de Ciencias, UNAM, sin publicar.
- Etchegoyen, H. (2005). *Los fundamentos de la Técnica Psicoanalítica*. España: Amorrortu.
- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P., Ruiz-Aranda, D., & Cabello, R. (2006). Inteligencia emocional, estilos de respuesta y depresión. *Ansiedad y Estrés, 12*(2-3), 191-205.
- Ferro, A. (2005). Which reality in the psychoanalytic session? *Psychoanalytic Quarterly, 74*(2), 421-442.
- Fernández, J., Luengo, M., García, J., Cabero, A., González, M., Braña, B., ... & Caunedo, P. (2011). Efectividad de la psicoterapia breve en los centros de salud mental II. Resultados. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 31*(109), 13-29.

- Field, T., Diego, M., Pelaez, M., Deeds, O., & Delgado, J. (2012). Depression and related problems in university students. *College Student Journal*, 46(1), 193-202.
- Fiorini, H. (2012). *Teoría y técnica de psicoterapias*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Fouilloux, C., Barragán, V., Ortiz, S., Jaimes, A., Urrutia, M., & Guevara-Guzmán, R. (2013). Síntomas depresivos y rendimiento escolar en estudiantes de Medicina. *Salud Mental*, 36(1), 59-65.
- Freire, B. (1997). Mecanismos de acción de la psicoterapia dinámica breve. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 17(63), 403-410.
- Fuentes, L., Libreros, L., & Pérez, A. (2007). Factores epidemiológicos asociados a la depresión en estudiantes de medicina. *Informe Médico*, 9(5), 261-264.
- Freud, S. (2006). Sobre psicoterapia. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 7, pp. 243-257). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1905 [1904]).
- Freud, S. (2006). Introducción al narcisismo. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 65-98). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1914).
- Freud, S. (2006). Duelo y melancolía. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 235-255). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1917[1915]).
- Freud, S. (2006). Nuevos caminos de la psicoterapia psicoanalítica. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 151-164). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1919 [1918]).



- Freud, S. (2006). El yo y el ello. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 1-66). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1923).
- Freud, S. (2006). El malestar en la cultura. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 21, pp. 57-140). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1930 [1929]).
- Freud, S. (2006). Análisis terminable e interminable. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 23, pp. 211-254). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1937).
- Gallander, M., Dilouya, B. Pancer, M., Pratt, M., Birnie-Lefcovitch, S., Polivy, J., & Adams, G. (2011). Academic achievement in first-year university: who maintains their high school average? *Higher Education*, 62(4), 467-481.
- García, M. (1997). La psicoterapia psicoanalítica breve o focalizada. *Revista Cubana de Psicología*, 4(1), 121-126.
- Gencöz, T. & Or, P. (2006). Associated factors of suicide among university students: importance of family environment. *Contemporary Family Therapy*, 28(2), 261-268.
- Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social*. (1ª ed.). España: Paidós.
- Gergen, K. & Kaye, J. (1996). Más allá de la narración en la negociación del significado terapéutico. En McNamee, S. & Gergen, K. *La terapia como construcción social* (1ª ed.). España: Paidós.
- Goldberg, J. (2009). Culpabilidad e inferioridad. *Alter Revista de Psicoanálisis*, 5, 1-13.

- Gómez-Gómez, M., Danglot-Banck, C., & Vega-Franco, L. (2003). Sinopsis de pruebas estadísticas no paramétricas. Cuando usarlas. *Revista Mexicana de Pediatría*, 70(2), 91-99.
- Gómez, J. & Roussos, A. (2012). ¿Cómo sabemos si nuestros pacientes mejoran? Criterios para la significación clínica en psicoterapia: un debate que se renueva. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(2), 173-190.
- Gonçalves, O. & Machado, P. (2000). Emotions, narrative and change. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 3(3), 349-360.
- González-González, A., Juárez, F., Solís, C., González-Forteza, C., Jiménez, A., Medina-Mora, M., & Fernández-Varela, H. (2012). Depresión y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de bachillerato y licenciatura. *Salud Mental*, 35(1), 51-55.
- González-Forteza, C., Solís, C., Jiménez, A., Hernández, I., González-González, A., Juárez, F., ... & Fernández-Varela, H. (2011). Confiabilidad y validez de la escala de depresión CES-D en un censo de estudiantes de nivel medio superior y superior, en la Ciudad de México. *Salud Mental*, 34(1), 53-59.
- González, M., Landero, R., & García-Campayo, J. (2009). Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicósomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 25(2), 141-145.
- G\*Power. Statistical Power Analyses for Windows (version 3.1). Heinrich Heine, Universität Düsseldorf.
- Granieri, A. (2008). Puntos fundamentales del trabajo psicoanalítico sobre el trauma. *Clínica e Investigación Relacional. Revista electrónica de Psicoterapia*, 2(2), 287-292.

- Grinberg, L. (1978). *Culpa y depresión*. Buenos Aires: Paidós.
- Gullo, S., Coco, G., & Gelso, Ch. (2012). Early and later predictors of outcome in brief therapy: the role of real relationship. *Journal of Clinical Psychology*, 68(6), 614-619.
- Gutiérrez, G., Iturriza, F., & Finol, O. (2003). Una investigación sobre foco y proceso en psicoterapia: problemas y consideraciones. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 37-57.
- Halberstandt, L., Haeffel, G., Abramson, L., Mukherji, B., Metalsky, G., & Dickmen, B. (2008). Schematic processing: a comparison of clinically depressed, dysphoric, and nondepressed college students. *Cognitive Therapy and Research*, 32 (6), 843-855.
- Hanson, W., Creswell, J., Plano, V., Petska, K., & Creswell, D. (2005). Mixed methods research designs in Counseling Psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 224-235.
- Hermann, K. & Betz, N. (2006). Path models of the relationship of instrumentality and expressiveness, social self-efficacy, and self-esteem to depressive symptoms in college students. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(10), 1086-1106.
- Hetherington, A. (1999). Brief Psychodynamic counselling with young adults. *Counselling Psychology Quarterly*, 12(4), 319-325.
- Hilsenroth, M., Ackerman, S., Blagys, M., Baity, M., & Mooney, M. (2003). Short-term psychodynamic psychotherapy for depression: an examination of statistical, clinically significant, and technique-specific change. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(6), 349-357.
- Hirsch, J., Conner, K., & Duberstein, P. (2007). Optimism and suicide ideation among young adult college students. *Archives of Suicide Research*, 11(2), 177-185.

- Hutchby, I. & Wooffitt, R. (1998). *Conversation analysis. Principles, practices and applications*. Cambridge: Polity Press.
- Irons, C., Gilbert, P., Baldwin, M., Baccus, J., & Palmer, M. (2006). Parental recall, attachment relating and self-attacking/self reassurance: their relationship with depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(3), 297-308.
- Jiménez, J. (2005). El vínculo, las intervenciones técnicas y el cambio terapéutico en terapia psicoanalítica. *Aperturas psicoanalíticas. Revista de psicoanálisis*, 20, 1-13.
- Jiménez, A., González-Forteza, C., Solís, C., Juárez, F., Hernández, I., González, A., ... & Medina-Mora, M. (en prensa). Depressive disorder and psychological indicators among mexican high school and undergraduate students, based on censuses from 2009 and 2010.
- Joiner, T., Wingate, L., Gencoz, T., & Gencoz, F. (2005). Stress generation in depression: three studies on its resilience, possible mechanism, and symptom specificity. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(2), 236-253.
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31.
- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K. Normand, S. L., ... Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32(6), 959-976.
- Khawaja, N. & Duncanson, K. (2008). Using the university student depression inventory to investigate the effect of demographic variables on students' depression. *Australian Journal of Guidance & Counseling*, 18(2), 195-209.

- Klein, M. (2013). Contribución a la psicogénesis de los estados maníaco-depresivos. En H. Friedenthal, A. Aberastury, E. Groode & A. Negroto (Trad.), *Obras Completas: Melanie Klein* (Vol. 1, pp. 267-295, 2ª reimpression). México: Paidós. (Trabajo original publicado en 1935).
- Klein, M. (2013). Amor, culpa y reparación. En H. Friedenthal, A. Aberastury, E. Groode, & A. Negroto (Trad.), *Obras Completas: Melanie Klein* (Vol. 1, pp. 310-345, 2ª reimpression). México: Paidós. (Trabajo original publicado en 1937)
- Klein, M. (2013). El duelo y su relación con los estados maníaco-depresivos. En H. Friedenthal, A. Aberastury, E. Groode & A. Negroto (Trad.), *Obras Completas: Melanie Klein* (Vol. 1, pp. 346-371, 2ª reimpression). México: Paidós. (Trabajo original publicado en 1940).
- Knekt, P., Lindfors, O., Härkänen, T., Välikoski, M., Virtala, E., Laaksonen, M., Marttunen, M., ... & Renlund, C. (2008). Randomized trial on the effectiveness of long and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychological Medicine*, 38(5), 689-703.
- Kopala-Sibley, D., Zuroff, D., Leybman, M., & Hope, N. (2012). The developmental origins of dependency-related vulnerabilities to depression: recalled peer attachments and current levels of neediness and connectedness. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 44(4), 64-271.
- Kown, P. (1999). Attributional style and psychodynamic defense mechanisms: toward an integrative model of depression. *Journal of Personality*, 67(4), 645-658.
- Krause, M. (2005). *Psicoterapia y cambio: Una mirada desde la subjetividad*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica.

- Krause, M., Valdés, N., & Tomimic, A. (2005). *Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT): Manual de Procedimiento*. Proyecto Fondecyt N° 1080136, Psychotherapy and Change Chilean Research Program. Manuscrito sin publicar.
- Krause, M. & Dagnino P. (2006). Evolución del cambio en el proceso psicoterapéutico. *Revista Gaceta Universitaria*, 2(3), 287-298.
- Krause, M., De la Parra, G., Aristegui, R., Dagnino, P., Tomimic, A., Valdés, N., ... Ramírez, I. (2006). Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(2), 299-325.
- Laplanche, J. (2012). *La angustia. Problemáticas I* (2ª. ed.). Buenos Aires: Amorrortu.
- Lara-Muñoz, M., Robles-García, R., Orozco, R., Real, T., Chisholm, D., & Medina-Mora, M. (2010). Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la depresión en México. *Salud Mental*, 33(4), 301-308.
- Largo, C. (Noviembre de 1988). Sueños y crecimiento: sincronía, diacronía. *Trabajo presentado en el Congreso Internacional de la EFPP (European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy) <<Dreams in psychoanalytic psychotherapy>>*, Leuven University Center, Bélgica.
- Lauber, C., Ajdacic-Gross, V., Fritschi, N., Stulz, N., & Rössler, W. (2005). Mental health literacy in an educational elite-an online survey among university students. *BMC Public Health*, 5(1), 44-49.
- Leichsenring, F. & Leibing, E. (2007). Psychodynamic psychotherapy: a systematic review of techniques, indications and empirical evidence. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80(2), 217-228.

- León, O., & Montero, I. (2003). *Métodos de Investigación en Psicología y Educación*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Lewis, A., Dennerstein, M., & Gibbs, P. (2008). Short-term psychodynamic psychotherapy: review of recent process and outcome studies. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(6), 445-455.
- Lindfors, O., Knekt, P., Virtala, E., & Laaksonen, M. (2012). The effectiveness of solution-focused therapy and short-and long-term psychodynamic psychotherapy on self-concept during a 3-year follow-up. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(11), 946-953.
- López-Bárcena, J. & González de Cossío, M. (2005). Modelo Universitario de Salud Integral, en la Universidad Nacional Autónoma de México. *FACMED*, 48(6) 1-7.
- López, J., López, M., Vargas, B., & Villamil, V. (2004). Estudio doble ciego con antidepressivo, psicoterapia breve y placebo en pacientes con depresión leve a moderada. *Salud Mental*, 27(5), 53-61.
- Mander, G. (2002). Fromm free association to the dynamic focus: towards a model of recurrent psychotherapy. *British Journal of Psychotherapy*, 19(2), 203-218.
- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciencias y Salud Colectiva*, 17(3), 613-619.
- McCarthy, C., Fouladi, R., Juncker, B., & Matheny, K. (2006). Psychological resources as stress buffers: their relationship to university students' anxiety and depression. *Journal of College Counseling*, 9(2), 99-110.

- Medina-Mora, M., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., ... & Aguilar, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16.
- Mellin, E. (2008). Rejection sensitivity and college student depression: finding and implications for counseling. *Journal of College Counseling*, 11(1), 32-41.
- Messer, S. (2001). What makes brief psychodynamic therapy time efficient. *Clinical Psychology Science and Practice*, 8(1), 5-22.
- Michel, L., Drapeau, M., & Despland, J. (2003). A four session format to work with university students: the Brief Psychodynamic Investigation. *Journal of College Student Psychotherapy*, 18(2), 3-14.
- Mikolajczyk, R., Maxwell, A., Ansari, W., Naydenova, V., Stock, C., Dudziak, U., & Nagyova, I. (2008). Prevalence of depressive symptoms in university students from Germany, Denmark, Poland and Bulgaria. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 43(2), 105-112.
- Miranda, R. & Mennin, D. (2007). Depression, generalized anxiety disorder, and certainty in pessimistic predictions about the future. *Cognitive Therapy & Research*, 31(1), 71-82.
- Miró, M. (2005). La reconstrucción terapéutica de la trama narrativa. *Monografías de Psiquiatría*, 3, 8-18.
- Mongrain, M. & Blackburn, S. (2005). Cognitive vulnerability, lifetime risk, and the recurrence of major depression in graduate students. *Cognitive Therapy and Research*, 29(6), 747-768.



- Muñoz, T., Rocha, R., Escalera, M., & Méndez, M. (2011). Factores condicionantes en el desarrollo de episodios depresivos en universitarios: una perspectiva desde Dorothea Orem. *Revista Mexicana de Neurociencia*, *12*(4), 195-199.
- Nilsson, J., Berkel, L., Flores, L., & Lucas, M. (2004). Utilization rate and presenting concerns of international students at a university counseling center: implications for outreach programming. *Journal of College Student Psychotherapy*, *19*(2), 49-59.
- Norman, R., Sorrentino, R., Windell, D., & Manchanda, R. (2008). The role of perceived norms in the stigmatization of mental illness. *Social Psychiatry & Psychiatry Epidemiology*, *43*, 851-859.
- Newcomb, K., Mineka, S., Zinbarg, R., & Griffith, J. (2007). Perceived family environment and symptoms of emotional disorders: the role of perceived control, attributional style, and attachment. *Cognitive Therapy and Research*, *31*(4), 419-436.
- O'Grady, M., Tennen, H., & Armeli, S. (2010). Depression history, depression vulnerability, and the experience of everyday negative events. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *29*(9), 949-974.
- Ojman, H. (2005). Psicoanálisis y psicoterapia: finales e indicadores de terminación. *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*, *7/8*, 56-68.
- Olmedo-Buenrostro, B., Torres-Hernández, J., Velasco-Rodríguez, R., Mora-Brambila, A., & Blas-Vargas, L. (2006). Prevalencia y severidad de depresión en estudiantes de enfermería de la Universidad de Colima. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, *14*(1), 17-22.

Organización Mundial de la Salud (2004). *Intervenir en Salud Mental*. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/advocacy/en/spanish\\_final.pdf](http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf)

Organización Mundial de la Salud (2011). *La OMS pone de relieve la falta de inversión en atención de salud mental a escala mundial*. Recuperado de [http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2011/mental\\_health\\_20111007/es/](http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2011/mental_health_20111007/es/)

Organización Mundial de la Salud (2012). *Depresión: una crisis global. Día mundial de la salud mental 2012*. Recuperado de [http://wfmh.com/wp-content/uploads/2013/11/2012\\_wmhday\\_spanish.pdf](http://wfmh.com/wp-content/uploads/2013/11/2012_wmhday_spanish.pdf)

Organización Panamericana de la Salud (2011). *Salud y desarrollo de los jóvenes*. Recuperado de [http://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_content&view=article&id=414:salud-desarrollo-jovenes&Itemid=227](http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=414:salud-desarrollo-jovenes&Itemid=227)

Peñate, W., Perestelo, L., Bethencourt, J., & Ramírez, G. (2009). La predicción del nivel de depresión por variables cognitivas y temperamentales en un intervalo de seis meses. *Psicothema*, 21(3), 341-346.

Pereyra-Elías, R., Ocampo-Mascaró, J., Silva-Salazar, V., Vélez-Segovia, E., da Costa-Bullón, D., Toro-Polo, L., & Vicuña-Ortega, J. (2010). Prevalencia y factores asociados con síntomas depresivos en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad privada de Lima, Perú 2010. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 27(4), 520-526.

Rathge, E. (2005). Indicadores de cambio en psicoterapia. La referencia narrativa. *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*, 7/8, 27-44.

- Reavley, N. & Jorm, A. (2010). Prevention and early intervention to improve mental health in higher education students a review. *Early Intervention in Psychiatry*, 4(2), 132-142.
- Renik, O. (2007). Intersubjectivity therapeutic action and analytic technique. *Psychoanalytic Quarterly*, 76, 1547-1562.
- Rizzuto, A. M. (2003). Psychoanalysis: the transformation of the subject by the spoken word. *Psychoanalytic Quarterly*, 72(2), 287-323.
- Roberts, S., Glod, C., Kim, R., & Houchell, J. (2010). Relationship between aggression, depression, and alcohol, tobacco: implications for health care providers in students' health. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22(7), 369-375.
- Rude, S., Gortner, E., & Pennebaker, J. (2004). Language use of depressed and depression-vulnerable college students. *Cognition and Emotion*, 18(8), 1121-1133.
- Sacco, W. & Beck, A. (1995). Cognitive theory and therapy. En E. Backman & W. Leber (Eds.). *Handbook of Depression: Treatment, assessments and research* (2<sup>a</sup> ed.). New York: Guilford Press.
- Safran, J. (2002). Brief relational psychoanalytic treatment. *Psychoanalytic Dialogues*, 12(2), 171-195.
- Samela-Aro, J., Aunola, K., & Nurmi, J-E. (2008). Trajectories of depressive symptoms during emerging adulthood: antecedents and consequences. *European Journal of Developmental Psychology*, 5(4), 439-465.
- Samouilhan, T. & Seabi, J. (2010). University students' beliefs about the causes and treatment of mental illness. *South African Journal of Psychology*, 40(1), 74-89.

- Sánchez-Barranco, A. & Sánchez-Barranco, P. (2001). Psicoterapia dinámica breve: aproximación conceptual y clínica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 21(78), 7-25.
- Sargent, J., Crocker, J., & Luhtanen, R. (2006). Contingencies of self-worth and depressive symptoms in college students. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(6), 628-646.
- Schetjman, C. (2015). ¿Es posible establecer una psicopatología psicoanalítica en la niñez? *Controversias en Psicoanálisis de Niños y Adolescentes*, 16, 21-34.
- Searle, L., Lyon, L., Young, L., Wiseman, M., & Foster-Davis, B. (2011). The young people's consultation service: an evaluation of a consultation model of very brief psychotherapy. *British Journal of Psychotherapy*, 27(1), 56-78.
- Sebena, R., Ansari, W., Stock, C., Orosova, O., & Mikolajczyk, R. (2012). Are perceived stress, depressive symptoms and religiosity associated with alcohol consumption? A survey of freshmen university students across five European countries. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 7(21), 1-10.
- Sesar, K., Simic, N., & Barisic, M. (2010). Multi-type childhood abuse, strategies of coping and psychological adaptations in young adults. *Croatian Medical Journal*, 51(5), 406-416.
- Silva, M. (2011). El primer año universitario: un tramo crítico para el éxito académico. *Perfiles educativos*, 33, 102-114.
- Siu, A. & Shek, D. (2010). Social problem solving as a predictor of well-being in adolescents and young adults. *Social Indicators Research*, 95(3), 393-406.
- SPSS Inc. Paquete estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS), para Windows (versión 21.0) Chicago, Illions: SPSS Inc. 2012.

- Stalikas, A., De Stefano, J. & Bernardelli, A. (1997). Client process in short term dynamic psychotherapy. *Counselling Psychology Quarterly*, 10(1), 29-38.
- Steptoe, A., Tsuda, A., Tanaka, Y., & Wardle, J. (2007). Depressive symptoms, socio-economic background, sense of control, and cultural factors in university students from 23 countries. *International Journal of Behavioral Medicine*, 14(2), 97-107.
- Stern, D. (2009). Patterns in thought: a clinical process theory of narrative. *Psychology Quarterly*, 78(3). 701-731.
- Stitzman, L. (2004). Alfa-beta-Biónico. *Topía*, 15(41).
- Tinto, V. (Noviembre de 2008). Access without support is not opportunity. *Discurso de apertura de la 36th Annual Institute for Chief Academic Officers, The Council of Independent Colleges*, Seattle, Washington.
- Tomic, K., Mihajlovic, G., Javanovic, N., Dukic, S, Mihajlovic, K., & Petrovic, G. (2011). Diagnosis and treatment of depression in persons with intellectual disability. *Acta Medica Medianae*, 50(3), 81-89.
- Valdés, N., Krause, M., Vilches, O., Dagnino, P., Echeverría, O., Ben-Dov, P., Aristegui, R., & de la Parra, G. (2005). Proceso de cambio psicoterapéutico: Análisis de episodios relevantes en una terapia grupal con pacientes adictos. *Psyke*, 14(2), 3-18.
- Vargas, K. (2010). El niño y lo infantil. *Revista Electrónica Psyconex. Grupo de investigación Psicología, Psicoanálisis y Conexiones*, 1(2), 1-13.
- Vargas, B., Villamil, V., Rodríguez, C., Pérez, J., & Córtes, J. (2011). Validación de la Escala Kessler 10 (K - 10) en la detección de depresión y ansiedad en el primer nivel de atención. Propiedades psicométricas. *Salud Mental*, 34(4), 323-331.

- Vázquez, F. & Blanco, V. (2008). Prevalence of DSM-IV major depression among Spanish university students. *Journal of American College Health*, 57(2), 165-171.
- Velasco, F. (2011). *Psicoterapias psicodinámicas*. México: Editores de Textos Mexicanos, EMT.
- Wagner, F., González-Forteza, C., Sánchez-García, S., García-Peña, C., & Gallo, J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental*, 35(1), 3-11.
- Williams, C., Galanter, M., Dermatis, H., & Schwartz, V. (2008). The importance of hopelessness among university students seeking psychiatric counseling. *Psychiatry Quarterly*, 79(4), 311-319.
- Winograd, B. (2005). Psicoanálisis y Psicoterapia: Procesos e indicadores de cambio. *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*, 7/8, 9-26.
- Yi, J., Lin, J-C., & Kishimoto, Y. (2003). Utilization of counseling services by international students. *Journal of Instructional Psychology*, 30(4), 333-342.
- Zong, G., Cao, Y., Cao, Y., Shi, F., Wang, N., Yan, C., ... & Chan, C. (2010). Coping flexibility in college students with depressive symptoms. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(66), 1-6.

**ANEXOS**

## **DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO A LOS PARTICIPANTES Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Te invitamos a participar en un estudio de investigación para tesis de Doctorado en el área de Psicología Clínica y Salud. Antes de decidir si participas o no, debes conocer y comprender los siguientes puntos.

Este proceso se conoce como consentimiento informado. Tienes toda la libertad de hacer preguntas sobre cualquier aspecto que te ayude a aclarar tus dudas sobre la investigación y sobre tu participación. Una vez que hayas aclarado tus dudas y comprendido en qué consiste la investigación y tu participación, y si aceptas, entonces se te pedirá que firmes el formato de consentimiento informado del cual recibirás una copia firmada y con fecha.

### **Objetivo del estudio.**

Esta investigación para tesis de Doctorado pretende avanzar en el conocimiento del efecto de la psicoterapia en estudiantes universitarios, además de evaluar la sensación de bienestar antes y después de la intervención psicoterapéutica.

Por ello, te estamos solicitando tu participación para:

- 1) Responder algunos cuestionarios antes y después de comenzar tu tratamiento psicoterapéutico.
- 2) Durante el proceso de psicoterapia se te pedirá autorización para audiograbar las sesiones.
- 3) Una vez concluido tu proceso psicoterapéutico se te invitará a participar en una entrevista audio grabada.

**Costo de la investigación:** Tu participación en la investigación es gratuita. No tiene costo.

**Riesgos de la investigación:** Tu participación al responder los cuestionarios y la entrevista no representa ningún riesgo para ti. Así como tampoco afectará en nada tu tratamiento, ni estancia académica.

**Beneficios de la investigación.** Directamente no recibirás beneficio alguno, pero tu participación con seguridad ayudará a otros jóvenes con problemas semejantes a los tuyos al ingresar a tratamiento.



**Confidencialidad.** Toda la información que nos des será CONFIDENCIAL, es decir, en ningún momento se utilizará tu nombre o algún otro dato personal que te puedan identificar en las publicaciones que se generarán de la investigación. Tampoco se brindará esta información a las personas que dirigen la institución donde te encuentras.

**Participación voluntaria.** Recuerda que es tu decisión la participación en el estudio y que ésta es completamente VOLUNTARIA. Si en algún momento decides dejar de participar tu decisión será respetada y podrás continuar con tu tratamiento.

**Aclaración de dudas.** Para resolver cualquier duda relacionada con el estudio puedes llamar a la Mtra. Janett Sosa Torralba al 04455-1819-9173.

**EN DADO CASO QUE DECIDAS NO PARTICIPAR, TU PROCESO DE SOLITUD DE ATENCIÓN ES ESPORA NO SE VERÁ AFECTADO Y SERÁS ATENDIDO A LA BREVEDAD POSIBLE.**

## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_ acepto participar en este estudio de investigación, ya que he leído el folleto sobre la misma y he comprendido toda la información sobre el mismo y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado(a) y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento informado.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo 1

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Fecha

Esta parte debe ser completada por el investigador o su representante:

He explicado a \_\_\_\_\_ los propósitos de este estudio de investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación y le he entregado un folleto. He contestado a sus preguntas y le he preguntado si tiene alguna duda. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

\_\_\_\_\_  
Firma del investigador participante

\_\_\_\_\_  
Fecha